

XI. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación

GENERALIDADES

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por los inmunobiológicos forma parte del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud, enmarcado en las normas de vigilancia epidemiológica del Departamento de Epidemiología. Las enfermedades objeto del PAI están sujetas a control, eliminación y erradicación.

CONCEPTOS

CONCEPTOS	ENFERMEDADES
CONTROL Disminución de casos y muertes a niveles que no constituyan un problema de salud.	■ Difteria ■ Tos ferina ■ Tétanos ■ Formas graves de tuberculosis ■ Enfermedades invasivas por Hib ■ Hepatitis B ■ Rubéola ■ Síndrome de rubéola congénita ■ Parotiditis
ELIMINACIÓN Es la interrupción de la transmisión de una enfermedad en un área geográfica definida, país, subregión, región.	● Tétanos neonatal
ERRADICACIÓN Interrupción de la transmisión de una enfermedad de persona a persona, eliminación del reservorio y la interrupción de las medidas preventivas.	● Poliomielitis ● Sarampión



LINEAMIENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION

La investigación epidemiológica de caso, es uno de los pilares fundamentales del sistema de vigilancia epidemiológica. Se entiende por ésta, el conjunto de actividades que se realizan en un momento dado ante la presencia de un problema de salud o factor de riesgo específico, con el propósito de recolectar información para caracterizar la situación; conocer la magnitud del problema y establecer medidas para su prevención y control.

La investigación epidemiológica puede estar referida al estudio de brotes o epidemias y a la explicación de factores de riesgo; por lo cual, su radio de acción dependiendo del caso, puede extenderse a nivel nacional, comunitario o circunscribirse al ámbito institucional (UPS).

Normas generales

El personal de salud deberá:

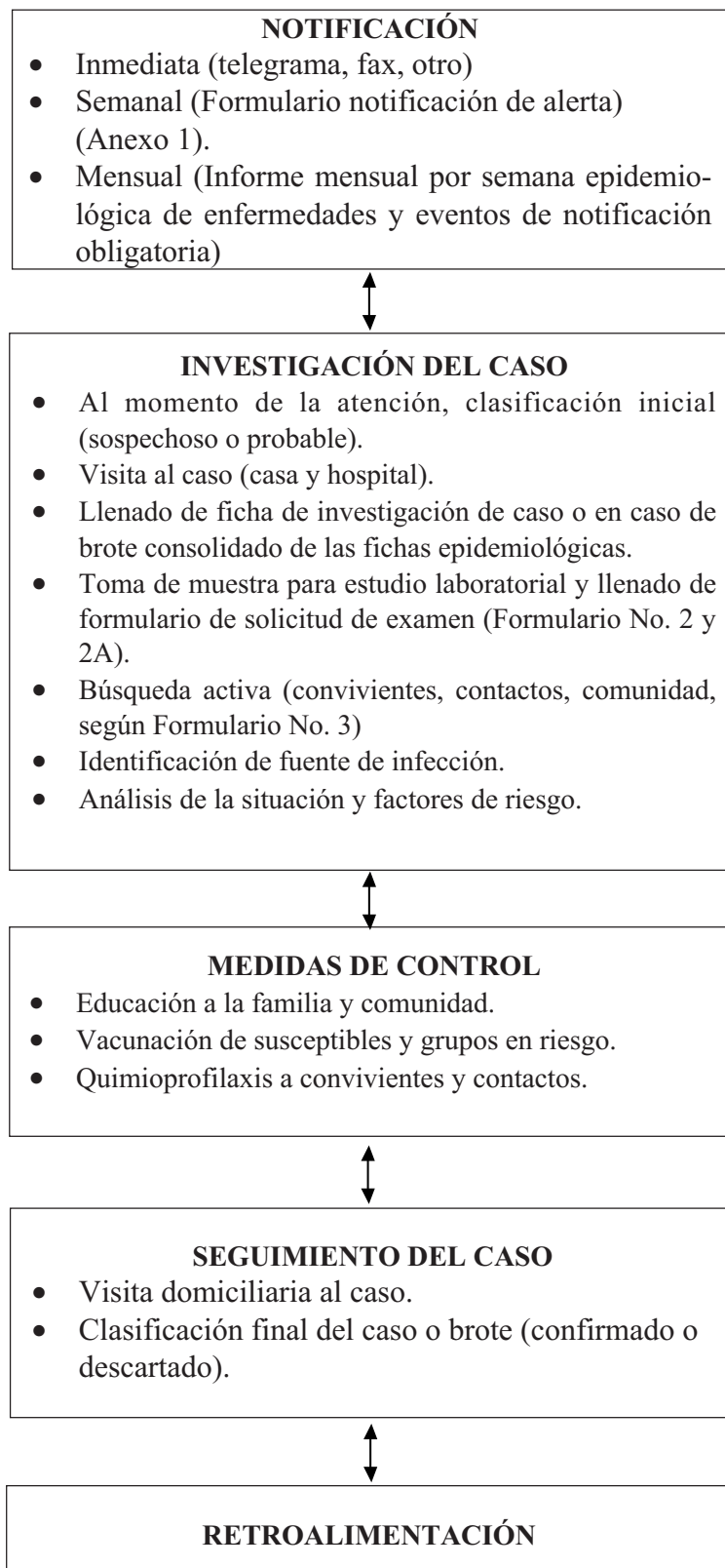
1. Notificar la ocurrencia de todo caso de enfermedad prevenible por vacunación así:
 - Inmediata de la UPS, al Sector, Área de salud y Región. La Región deberá notificar en forma inmediata al PAI y al Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud
 - Semanal, en formulario de notificación de alerta de la UPS al Área. El Área de salud elaborará un consolidado y lo enviará a la Región a más tardar el lunes. La Región consolidará la información según Áreas; y UPS lo enviará al Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud (ver formulario No. 1 adjunto).
 - Mensual: la UPS enviará al Área el informe mensual por semana epidemiológica de enfermedades y eventos de notificación obligatoria. El Área lo enviará a la Región y la Región al Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud en los primeros cinco días del mes siguiente.
2. Investigar todo caso de enfermedad prevenible por vacunación identificado al momento de la atención y/o a través de visita domiciliaria al caso, llenando la ficha de investigación y realizando la clasificación inicial de sospechoso ó probable, dependiendo del tipo de enfermedad investigada.
3. Realizar la toma de muestras para estudio laboratorio de acuerdo al tipo de enfermedad y período de transmisibilidad de acuerdo al formulario dos. Llenar el formulario No. 2A de solicitud de examen, enviarlo al laboratorio para su procesamiento.
4. Realizar búsqueda activa de nuevos casos, convivientes y contactos del o de los casos, utilizando el formulario No. 3 de búsqueda activa de enfermedades prevenibles por vacunación e identificar la fuente de infección.



5. Cuando se trate de brote de enfermedades prevenibles por vacunación procederá a elaborar consolidado de las fichas epidemiológicas, enviándolas al PAI.
6. Realizar análisis a nivel Local, Sector, Área y Regional de la situación y factores de riesgo para la toma oportuna de intervenciones.
7. Realizar medidas de control ante la ocurrencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunación así:
 - Informar y educar a la familia y comunidad en general sobre la enfermedad, el modo de transmisión y las medidas para prevenir su transmisión.
 - Realizar vacunación de población susceptible menor de cinco años y grupos en riesgo de acuerdo a la enfermedad en estudio o investigación.
 - Brindar quimioprofilaxis a convivientes y contactos de acuerdo a enfermedades en estudio.
 - Realizar análisis a nivel Local, Sector, Área y Regional de la situación y factores de riesgo para la toma oportuna de intervenciones.
8. Realizará seguimiento al caso de acuerdo al tipo de enfermedad en estudio a través de visitas al caso; procediendo a la clasificación final del caso o brote, de acuerdo al resultado de laboratorio, clínica y epidemiología.
9. Informar a la familia del caso y comunidad en general sobre los resultados de la investigación y el diagnóstico final (Ver flujograma adjunto).



Flujograma de vigilancia ante la ocurrencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunación



FORMULARIO 1
SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
HONDURAS, C. A.

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE ALERTA

Depto. _____ Municipio _____ Región: _____ Área: _____
 Nivel _____ Establecimiento: _____ Código: _____
 semana Epid. No. _____ del _____ de _____ al _____ de _____ de _____

ENFERMEDADES / EVENTOS	NÚMERO DE CASOS
DIARREA SIN SANGRE	< 15 AÑOS
	> 15 AÑOS
DISENTERÍA	< 15 AÑOS
	> 15 AÑOS
CÓLERA	*
PARÁLISIS FLÁCIDA	*
SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN	*
SOSPECHOSO DE TOS FERINA	*
DIFTERIA	*
TETANOS NEONATAL	*
PAROTIDITIS	*
SOSPECHOSOS DE RUBÉOLA	*
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	*
VARICELA	*
MENINGITIS	*
DENGUE	*
SOSPECHOSO DENGUE HEMORRÁGICO	*
RABIA HUMANA	*
HEPATITIS	*
NEUMONÍA / BRONCONEUMONÍA	*
PESTE	*
FIEBRE AMARILLA	*
INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS	*
MORDEDURA DE ANIMALES, TRANSMISORES DE LA RABIA	
MORDEDURA DE SERPIENTE	
MORTALIDAD INFANTIL	
MORTALIDAD MATERNA	
CADENA DE FRÍO	

* Estas enfermedades después de conocidas o sospechadas deben ser notificadas por la vía más rápida (radio, teléfono, etc.), sin esperar que termine la semana, además de su reporte semanal.

NOTA:

Si no ha ocurrido algún caso en la semana, escriba el número cero (0)

FORMULARIO NO. 2

LABORATORIO CENTRAL
VIROLOGÍA TEL.: 232-2322
EXT.: 473
MICROBIOLOGÍA
TEL.: 231-4040

SECRETARÍA DE SALUD

SOLICITUD DE EXÁMENES DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA



PFA	☐
SARAMPIÓN/RUBÉOLA	☐
TOS FERINA	☐
DIFTERIA	☐
HEPATITIS B	☐
MENINGITIS	☐
OTRO	☐

MARQUE CON UNA "X"

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ EDAD _____ SEXO _____

DIRECCIÓN EXACTA: _____

HOSPITALIZADO EN: _____ NO. EXP. _____

DATOS CLÍNICOS

FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA: ____/____/____

FECHA INICIO DE LA ERUPCIÓN: ____/____/____ No. DÍAS CON ERUPCIÓN ____/____/____

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS SUERO 1 ____/____/____

HECES ____/____/____

FROTIS ____/____/____

ORINA ____/____/____

HISOPADO NASOFARINGEO ____/____/____ PLACA TOSIDA ____/____/____

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO ____/____/____

INMUNOBIOLOGICO APLICADO, TIPO ____/____/____ FECHA 1° ____/____/____ 2° ____/____/____ ULT. DOSIS ____/____/____

REMITENTE

NOMBRE: _____ CARGO _____

REGION: _____ AREA _____ UPS _____ TEL _____

No. LAB

FECHA DE RECIBO ____/____/____

____/____/____

FECHA DE REPORTE ____/____/____

____/____/____

RESULTADOS _____

(F) _____

ORIGINAL: LABORATORIO
C.C. REGIÓN
C.C. ÁREA



TIPOS DE PRUEBA DE LABORATORIO DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN
Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

ENFERMEDAD	TIPO DE PRUEBA	TIPO DE MUESTRA	PROCEDIMIENTO	
			RECOLECCIÓN	CONSERVACIÓN Y ENVÍO
Probable de Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	Cultivo para aislamiento viral	Heces	1.- Muestra obtenida en fase aguda (de 7 días) después de inicio de la enfermedad. 2.- En recipiente plástico de boca ancha con tapón de rosca. 3.- Cada muestra en cantidad aproximada de 10 gramos (frasco lleno). 4.- Rotular con nombre del paciente y fecha de obtención.	- Mantener refrigeradas las muestras desde el momento de obtenerlas. - Enviar en una bolsa de plástico dentro de un termo con paquetes de hielo, al laboratorio de virología, en menos de tres días después de obtenidas. - Acompañar con cada envío de muestras el formulario de solicitud de examen.
		Suero Sanguíneo	1.- Obtener asepticamente 5 ml mínimo de sangre venosa sin coagulant. 2.- Dejar en reposo a temperatura ambiente, (una hora aproximadamente). 3.- Centrifugar la muestra tapada, separar el suero en vial estéril. 4.- Rotular con el nombre del paciente, tipo de muestra y fecha de obtención.	- Guardar de inmediato en congelación (20°C), conservar así hasta el transporte. - Enviar lo antes posible al laboratorio central de virología, dentro de 24 horas siguientes a la toma de la muestra. - Colocar la muestra en un recipiente o bolsa plástica (para evitar que se borre el rótulo) y depositar en posición vertical en termo con paquetes de hielo congelados. - Por cada muestra acompañar el formulario de solicitud de examen.
Sospechosos de Sarampión	Serología para detección de anticuerpos IgM	Orina		
			1.- Muestra obtenida en los primeros días (1-3 días) y no más de 5 días después de la aparición de la erupción cutánea. 2.- Obtener 50-100 ml de orina en un frasco estéril plástico de boca ancha con tapón de rosca, refrigerarse entre +4°C a +8°C y centrifugar. 3.- Idealmente la orina debe centrifugarse, el mismo día en que se tomó la muestra (1500 RPM / 5 minutos).	- Inmediatamente la orina centrifugada se refrigerará entre +4°C a +8°C, y deberá ser enviada dentro de cuatro días al Laboratorio Central de Virología para almacenarse en un congelador a -70°C a -40°C; y así evitar pérdida del virus. - Enviar la muestra dentro de una bolsa plástica dentro de un termo con paquetes de hielo. - Por cada muestra acompañar el formulario de solicitud de examen.



FORMULARIO No. 2A

TIPOS DE PRUEBA DE LABORATORIO DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

ENFERMEDAD	TIPO DE PRUEBA	TIPO DE MUESTRA	PROCEDIMIENTO	
			RECOLECCIÓN	CONSERVACIÓN Y ENVÍO
Sospechosos de rubéola		Orina	4.- Descartar el sobrenadante y suspender el sedimento de inmediato con 0.5 - 2 ml de medio de transporte viral (MTV) 5.- Rotular con el nombre del paciente tipo de muestra y fecha de obtención.	- Guardar de inmediato en congelación (20°C), conservar así hasta el transporte. - Enviar lo antes posible al laboratorio central de virología, dentro de 24 horas siguientes a la toma de la muestra. - Colocar la muestra en un recipiente o bolsa plástica (para evitar que se borre el rótulo) y depositar en posición vertical en termo con paquetes de hielo congelados. - Por cada muestra acompañar el formulario de solicitud de examen.
	Serología para detección de anticuerpos	Suero sanguíneo	1.- Obtener asepticamente 5 ml mínimo de sangre venosa sin coagulantess. 2.- Dejar en reposo a temperatura ambiente, (una hora aproximadamente). 3.- Centrifugar la muestra tapada, separar el suero en vial estéril. 4.- Rotular con el nombre del paciente, tipo de muestra y fecha de obtención.	- Las muestras deben ser inmediatamente refrigeradas entre +4°C a +8°C y deberán ser enviadas dentro de 4 días al Laboratorio de Virología para almacenar a -70°C. - Enviar la muestra dentro de una bolsa plástica, dentro de un termo con paquetes de hielo. - acompañar la muestra con su respectivo formulario de solicitud de examen.
Sospechosos de difteria	Cultivo para aislamiento viral	Exudado nasofaríngeo	1.- Utilizar dos hisopos estériles para frotar la nariz y la garganta. 2.- Coloque ambos hisopos en un tubo que contenga 2-3 ml de medio de transporte (MTV) y mantener en refrigeración. 3.- Extraer los hisopos del medio de transporte después de dar tiempo para la elusión del virus (por lo menos una hora). 4.- Rotular con el nombre del paciente tipo de muestra y fecha de obtención.	- Solución de casamínocidos 1%, amies con carbón. - Mantener a temperatura ambiente y enviar al laboratorio en 24 horas. - Acompañar la muestra con sus respectivo formulario de solicitud de examen.
	Cultivo para aislamiento bacteriano	Exudado Faríngeo o nasal (según localización de la lesión)	1.- Toma de dos muestras de secreción nasal o de la membrana, la primera al primer contacto y la segunda 24 horas después del tratamiento.	

FORMULARIO No. 2A

TIPOS DE PRUEBA DE LABORATORIO DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

ENFERMEDAD	TIPO DE PRUEBA	TIPO DE MUESTRA	PROCEDIMIENTO	
			RECOLECCIÓN	CONSERVACIÓN Y ENVÍO
Probable de Tos ferina	Cultivo y aislamiento bacteriano	Secreción nasofaríngea	1.- Durante la fase catarral y/o paroxística y antes de aplicar antibiótico. 2.- Usar hisopo de algodón de algodón, introducido por la nariz hasta nasofaringe y frotar suavemente. 3.- Solicitar al laboratorio central de bacteriología, medio de cultivo especial para sembrar la muestra o medio de transporte especial para su envío.	- Solución de casaminoácidos 1% amies con carbón. - Tiempo óptimo para transporte de la muestra dos horas a temperatura ambiente o refrigeración. - Acompañar la muestra con su respectivo formulario de solicitud de examen.
Caso Probable de Hepatitis B	Serología para detección de anticuerpos IgM	Sangre	1.- En los primeros días del inicio de la ictericia. 2.- Obtener asépticamente 5 ml mínimo de sangre venosa de preferencia en tubo estéril al vacío (vacutainer) sin anticoagulante. 3.- Dejar en reposo a temperatura ambiente hasta que el coágulo se retraiga (30 minutos aproximadamente). 4.- Centrifugar la muestra tapada, separar el suero en otro tubo o vial estéril y fijar el tapón con cinta adhesiva. 5.- Rotular con el nombre del paciente, tipo de muestra (suero) y fecha de obtención.	- Guardar de inmediato en refrigeración, conservar así hasta el transporte al laboratorio. - Enviar lo antes posible al Laboratorio de Virología dentro de la primera semana siguiente a la toma de la muestra, use la vía más rápida. - Colocar la muestra en un recipiente o bolsa plástica (para evitar que se borre el rótulo) y depositar en posición vertical en termo con paquetes de hielo congelados. - Por cada muestra, acompañar el formulario de solicitud de examen original y dos copias debidamente llenas.
Sospechosos de meningitis tuberculosa (TB)	Cultivo para aislamiento de la bacteria	Líquido cefalorraquídeo	1.- Recolectar 3 cc en dos tubos estériles: 1 cc para citoquímica 2cc para cultivo y estudio por coloración de Ziehl Neelsen (BAAR)	- Enviar al laboratorio lo más pronto posible a temperatura ambiente, acompañada del formulario de solicitud de examen.
Sospechosos de meningitis por Hib	Cultivo para aislamiento de la bacteria	Hemocultivo	1.- Recolectar sangre total de 5 a 10 cc en adultos de 2 cc a 5 cc en niño, inocular el frasco de hemocultivo e incubar a 37°C.	- Enviar al laboratorio lo más pronto posible a temperatura ambiente, acompañada del formulario de solicitud de examen.

FORMULARIO No. 2A

TIPOS DE PRUEBA DE LABORATORIO DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

ENFERMEDAD	TIPO DE PRUEBA	TIPO DE MUESTRA	PROCEDIMIENTO	
			RECOLECCIÓN	CONSERVACIÓN Y ENVÍO
Sospachosos de Meningitis por Hib	Cultivo para aislamiento de la bacteria	Líquido cefalorraquídeo	1. Recolectar 3 cc en dos tubos estériles: 1cc para citología 2cc para cultivo y aglutinación en latex.	- Enviar al laboratorio lo más pronto posible a temperatura ambiente. - De no enviarlo de inmediato, mantenerlo en refrigeración.
Fiebre amarilla	Cultivo para aislamiento viral	Sangre	1. En los primeros cinco días del inicio de los síntomas. 2. Obtener asépticamente 5 ml mínimo de sangre venosa en tubo estéril al vacío y refrigerar de inmediato para retracción del coágulo (aproximadamente 45- 60 minutos). 3. Centrifugar la muestra tapada, separar el suero en un vial estéril. 4. Rotular con el nombre del paciente y fecha de obtención.	- Guardar de inmediato en refrigeración conservar así hasta el transporte. - Colocar la muestra en una bolsa plástica (para evitar que se borre el título) y depositar en posición vertical en un termo con paquetes de hielo congelados. - Por cada muestra acompañar el formulario de solicitud de examen.
	Serología para detección de anticuerpos	Sangre	1. Muestra obtenida del quinto día del inicio de los síntomas. 2. Obtener asépticamente 5 ml de sangre venosa sin anticoagulante. 3. Dejar en reposo a temperatura ambiente (30 minutos aproximadamente). 4. Centrifugar la muestra tapada, separar el suero en un vial. 5. Rotular con el nombre del paciente y fecha de obtención.	- Guardar de inmediato en refrigeración - Conservar así hasta el transporte. - Colocar la muestra en una bolsa plástica (para evitar que se borre el título) y depositar en posición vertical en un termo con paquetes de hielo congelados. - Por cada muestra acompañar el formulario de solicitud de examen.



FORMULARIO NO. 3 - A

[illegible]

FECHA ÚLTIMA DOSIS

FORMULARIO NO. 3 - A
CONSOLIDADO DE INVESTIGACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAPIÓN Y RUBÉOLA

[illegible]

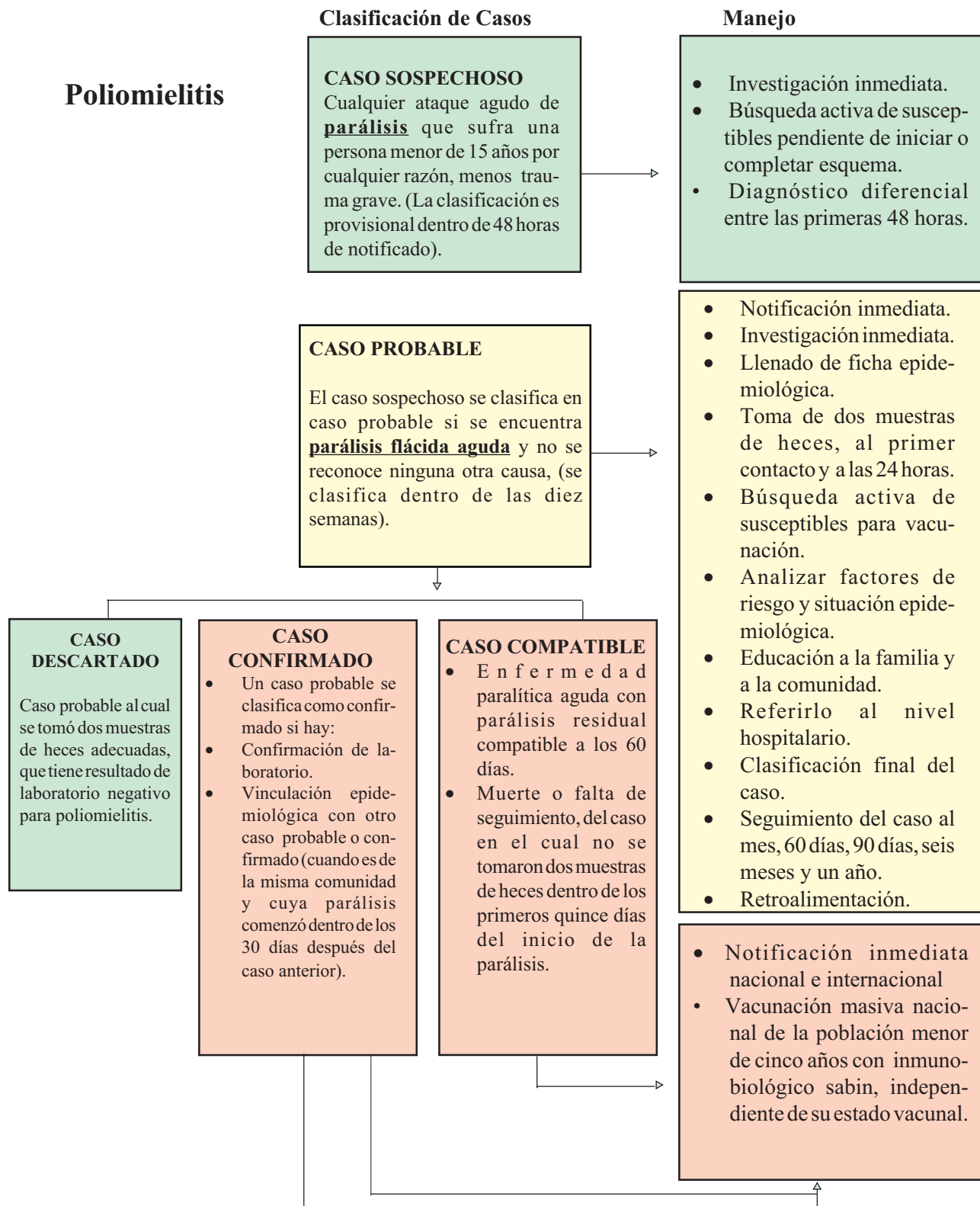
we GABRIELLOS LINEATIGOS

Clasificación y manejo de casos de enfermedades prevenibles por vacunación

Enfermedades en Erradicación

Para fines del Plan de erradicación de la poliomielitis, el Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre enfermedades prevenibles por vacunación para las Américas de la OPS, ha adoptado las siguientes definiciones y manejo.

Poliomielitis



4. MEDIDAS DE CONTROL

Se realizará en localidades y municipios con cobertura de vacuna sabin en menores de un año inferior al 90% en población que no ha iniciado o completado esquema.

Fecha / /	Población menor de cinco años susceptible programada	Vacunados	No de viviendas visitadas
--------------	---	-----------	------------------------------

No. de otros casos encontrados con la misma sintomatología _____

5. FUENTE DE INFECCION

Visitó algún lugar
en los últimos 45 días
antes del inicio de la
parálisis

SI	NO	IGN

Estuvo el caso en contacto con un conviviente vacunado hasta 45 días antes de comenzar la parálisis

SI	NO	IGN

6. CLASIFICACION

Probable ☐

Confirmado: Por laboratorio 

Compatible ☐Next epidemiológica

Asociado a la vacuna ☐

Descartado ☐

Diagnóstico: _____

7. TRATAMIENTO

Se usó Inmunoglobulina humana:

SI	NO

8. CONDICION FINAL

Mejoró ☐ Falleció ☐ Fecha : ____/____/____

9. SEGUIMIENTO DEL CASO

1 mes después del inicio de la parálisis presenta parálisis residual

YES	NO

2 meses después del inicio de la parálisis presenta parálisis residual

SI	NO

3 meses después del inicio de la parálisis presenta parálisis residual

YES	NO

6 meses después del inicio de la parálisis presenta parálisis residual

SI	NO

1 año después del inicio de la parálisis presenta parálisis residual

SI	NO

Presenta atrofia (un miembro más delgado que el otro)

SI	NO

Comentarios: _____

Nombre del investigador _____ Cargo: _____

NOTA : Adjunte a todo caso evaluación neurológica, electromiografía (E.M.G.) y resumen clínico.

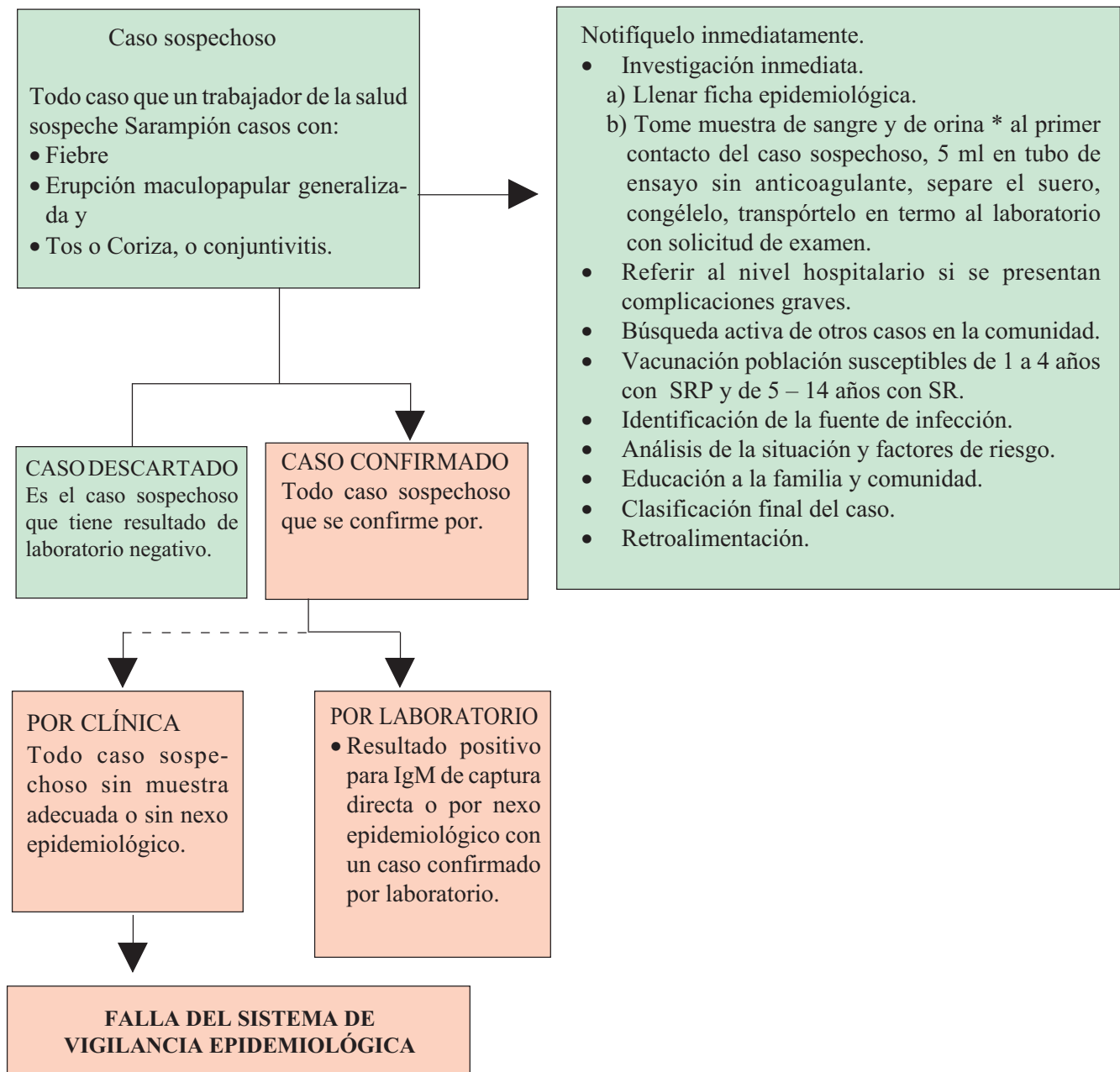


Sarampión

En el marco de la erradicación del Sarampión, el Grupo Técnico Asesor de enfermedades prevenibles por vacunación para las Américas (GTA) de la OPS ha adoptado las siguientes definiciones y manejo:

CLASIFICACIÓN DE CASOS

MANEJO



Notifíquelo inmediatamente.

- Investigación inmediata.
 - a) Llenar ficha epidemiológica.
 - b) Tome muestra de sangre y de orina * al primer contacto del caso sospechoso, 5 ml en tubo de ensayo sin anticoagulante, separe el suero, congélelo, transpórtelo en termo al laboratorio con solicitud de examen.
- Referir al nivel hospitalario si se presentan complicaciones graves.
- Búsqueda activa de otros casos en la comunidad.
- Vacunación población susceptibles de 1 a 4 años con SRP y de 5 – 14 años con SR.
- Identificación de la fuente de infección.
- Análisis de la situación y factores de riesgo.
- Educación a la familia y comunidad.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.

* En caso de brote: tome además cinco a diez muestras de orina de los primeros casos, en los primeros tres a cinco días de la erupción para aislar el tipo de virus circulando.





**SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
FICHA INVESTIGACIÓN DE CASOS
SOSPECHOSOS DE SARAMPiÓN Y RUBÉOLA**



PAI

CASO SOSPECHOSO DE SARAMPiÓN: Todo Caso en que un trabajador de la salud sospeche sarampión. (Caso con: fiebre, erupción maculopapular generalizada, tos o coriza o conjuntivitis).

CASO SOSPECHOSO DE RUBÉOLA: Todo Caso en que un trabajador de la salud sospeche rubéola. (Caso con: fiebre, erupción maculopapular, tos o coriza o conjuntivitis y linfadenopatía).

1. IDENTIFICACIÓN

SOSPECHOSO: SARAMPiÓN/RUBÉOLA ☐

CASO No. _____

REGIÓN _____ **ÁREA** _____ **MUNICIPIO** _____ **LOCALIDAD** _____ **URBANA** ☐ **RURAL** ☐

UPS _____ **SEM. EPI No.** _____

NOMBRE _____ **SEXO** ☐ F ☐ M **EDAD** AÑOS MESES

FUENTE NOTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PADRE _____ **FECHA DE NOTIFICACIÓN** ____/____/____

NOMBRE DE LA MADRE _____

DIRECCIÓN PERMANENTE _____

No. DE DOSIS DE VACUNA SARAMPiÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (S.R.P.) ☐ **FECHA ÚLTIMA DOSIS** ____/____/____

EMBARAZO ACTUAL

SI	NO
----	----

SEMANAS DE GESTACIÓN _____

SI **NO**

2. DATOS CLÍNICOS

FECHA DE INVESTIGACIÓN ____/____/____

FIEBRE ☐ SI ☐ NO

FECHA DE INICIO DE LA FIEBRE ____/____/____

TOS
CORIZA
CONJUNTIVITIS
AGRANDAMIENTO DE
GANGLIOS LINFÁTICOS
ARTRALGIA (DOLOR EN
ARTICULACIONES)

ERUPCIÓN ☐ SI ☐ NO

FECHA DE INICIO DE LA ERUPCIÓN ____/____/____

TIPO DE LA ERUPCIÓN

Maculopapular
Vesicular
Otro
Desconocido

SI	NO

HOSPITALIZADO

SI	NO
----	----

NOMBRE HOSPITAL _____ **# EXPEDIENTE** _____

DEFUNCIÓN

SITIO DEL PARTO: _____ **FECHA DE DEFUNCIÓN** ____/____/____

3. MEDIDAS DE CONTROL

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA ____/____/____ **FECHA DE VAC. DE SUSCEPTIBLES** ____/____/____

COBERTURA CON SRP EN MENORES DE 2 AÑOS : UPS _____ **MUNICIPIO :** _____

4. DATOS DE LABORATORIO

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA DE MUESTRA	NOMBRE LABORATORIO REMITENTE	FECHA DE RECIBO EN LABORATORIO VIROLOGÍA	TIPO DE PRUEBA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO
SANGRE	____/____/____	_____	____/____/____	_____	_____	____/____/____
ORINA	____/____/____	_____	____/____/____	_____	_____	____/____/____
HISOPADO NASOFARINGEO	____/____/____	_____	____/____/____	_____	_____	____/____/____

5. POSIBLE FUENTE DE INFECCIÓN

¿Viajó dentro de los 7 a 23 días antes a la erupción? ☐ SI ☐ NO

¿Tuvo contacto con otro caso confirmado de sarampión o rubéola dentro de los 7 a 23 días antes de la erupción? ☐ SI ☐ NO

¿Hubo un caso confirmado de sarampión o rubéola en esta zona anterior a éste? ☐ SI ☐ NO

¿Contacto con embarazada después del inicio de la erupción? ☐ SI ☐ NO

6. CLASIFICACIÓN FINAL : FECHA : ____/____/____

CONFIRMADO :

LABORATORIO
NEOEPIDEMIOLOGICO
DIAGNOSTICO CLINICO
IMPORTADO
ESPECIFICO

DIAGNÓSTICO FINAL

SARAMPiÓN
RUBÉOLA
DENGUE
ESCARLATINA
EXANTEMA SÚBITO
OTRO
ESPECIFIQUE

DESCARTADO

DENGUE
REACCIÓN VACUNAL
OTRO
DESCONOCIDO

7. INVESTIGADOR

NOMBRE _____ **CARGO** _____ **FIRMA** _____

COMENTARIOS: _____

NOTA : Adjunte a todo caso informe de medidas de respuesta



Enfermedades en eliminación

Tétanos Neonatal:

El Tétanos neonatal es una enfermedad en eliminación, para considerar que se ha eliminado. Debe mantenerse una tasa inferior a un caso por 1,000 nacidos vivos al año, en una región o país. El Tétanos no neonatal es una enfermedad sujeta de vigilancia.

CLASIFICACIÓN DE CASO

Caso sospechoso

- Todo recién nacido que no succiona adecuadamente y no llora normalmente entre los primeros tres a 28 días, ó
- Cualquier recién nacido reportado con algún mal parecido al tétanos neonatal, o toda muerte neonatal sin diagnóstico.

CASO DESCARTADO

Un caso descartado es aquel que ha sido investigado y que no cumple con la definición del caso. El diagnóstico debe ser especificado.

CASO CONFIRMADO:

Es un caso sospechoso de tétanos neonatal con una historia de las dos que a continuación se presentan:

1. Inhabilidad para succionar (trismo) por endurecimiento de los músculos de la cara, rigidez muscular generalizada y espasmos musculares.
2. Alimentación y llanto normal durante los dos primeros días de vida.

MANEJO

- Notificación semanal.
- Investigación inmediata:
 - Llenar ficha epidemiológica adjunta, haciendo énfasis en los siguientes datos:
 - Residencia de la madre (migración).
 - Documentar los antecedentes vacunales de la madre.
 - Atención prenatal.
 - Condición de atención del parto.
 - Paridad.
- Referencia inmediata al nivel hospitalario.
- Vacunación de mujeres en edad fértil susceptibles para iniciar o completar esquema con Td.
- Análisis de situación y factores de riesgo con la comunidad.
- Educación a la familia y comunidad.
- Capacitación a parteras tradicionales.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.

Nota: El Tétanos no neonatal es una enfermedad en control sujeta a vigilancia.





FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE TÉTANOS NEONATAL Y NO NEONATAL



PAI

Neonatal: Caso Sospechoso: Todo recién nacido que no succiona adecuadamente y no llora normalmente en los primeros tres a 28 días.
Cualquier recién nacido reportado con algún mal parecido al Tétanos Neonatal o
Toda muerte neonatal sin diagnóstico

No Neonatal: Un caso que cumple con la definición clínica de caso. Enfermedad caracterizada por hipertonia y/o contracción muscular dolorosa (generalmente de los músculos del cuello y mandíbula) de comienzo agudo y espasmo muscular generalizado sin otra causa aparente.

I. DATOS GENERALES

Nombre del Caso: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Sexo F _____ M _____

Procedencia: Urbano _____ Rural _____ Región _____ Área _____ Municipio: _____

UPS _____ Localidad _____

Aldea o Barrio: _____

Dirección Exacta: _____

Hospitalizado: Sí () No () Hospital: _____ No. exp. _____

Ocupación: _____

II. DATOS HISTORICOS

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Hora de nacimiento ____:____

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____

Fecha de hospitalización: ____/____/____

Fecha de egreso: ____/____/____

Fecha de defunción: ____/____/____

III. SIGNOS Y SÍNTOMAS

	SÍ	NO	No Sabe	Fecha
Mamaba normalmente				____/____/____
Trismo				____/____/____
Rigidez corporal				____/____/____
Risa sardónica				____/____/____
Espasmos musculares				____/____/____
Llanto excesivo				____/____/____
Ombligo infectado				____/____/____
Herida infectada				____/____/____

IV. CAUSA DEL EGRESO

Mejoría () Defunción () Otra () ¿Cuál? _____

V. DATOS SOBRE LA MADRE

Edad: _____ años No. de embarazos anteriores: _____

A) ATENCIÓN PRENATAL

En este embarazo recibió control prenatal? Sí _____ NO _____



Número de controles a los que asistió _____ Que recurso realizó los controles _____

UPS donde efectuó los controles: _____

Fecha del último control: ____/____/____

Recibió la madre vacunación durante este embarazo?: SI _____ NO _____

¿Tiene carné?: SI _____ NO _____

Esquema de Vacunación TT/Td

Dosis Fecha

Td1 ____/____/____

Td2 ____/____/____

Td3 ____/____/____

Td4 ____/____/____

Td5 ____/____/____

Si en el embarazo no recibió ninguna dosis, indique por que? _____

B) ATENCION DEL PARTO

Lugar: Hospital _____ Casa _____ Otro Lugar _____

Dirección: _____

Asistido por: Médico _____ Enfermera _____ Partera tradicional capacitada _____

Nombre: _____

Familiar: _____ Otro (especifique) _____

Instrumento utilizado para cortar el cordón:

Tipo: Tijera _____ Gillette _____ Otro (especifique) _____

Esterilizado: SI _____ NO _____ ¿Como?: _____

Aplicación al muñón de sustancias contaminantes: SI _____ NO _____ ¿Cuáles? _____

¿Quién aplicó la sustancia?: _____

VI. ACCIONES REALIZADAS

Cobertura acumulada con Td: Localidad: _____

Población MEF 12-49 años: _____ Fecha de Vacunación: ____/____/____

Dosis Aplicadas: Td1: _____ Td2: _____ Td3: _____

Td4: _____ Td5: _____

VII. CLASIFICACION FINAL DEL CASO

Fecha: ____/____/____ Confirmado: _____ Descartado: _____

Si fue descartado, indique diagnóstico: _____

VIII. NOTIFICACION

Fecha: ____/____/____ Semana Epidemiológica No. _____

Quién notificó?: _____

Notificación del Area: ____/____/____ Notificación Area a la Región: ____/____/____

Notificación Región a nivel Central: ____/____/____

Nombre del investigador: _____



Enfermedades en control

Difteria

Enfermedad en control. Desde 1981 en nuestro país, no se presentan casos de difteria, pero por ser una enfermedad reemergente en el mundo y en especial en las Américas, el Grupo Técnico Asesor de enfermedades prevenibles por vacunación para las Américas (GTA) de la OPS, recomienda su vigilancia, por lo que se han adoptado las siguientes definiciones y manejo:

CLASIFICACIÓN DE CASO

CASO SOSPECHOSO

Cualquier persona con laringitis, faringitis o amigdalitis con presencia de una membrana adherente grisácea que es difícil de desprender, y que al desprenderse sangra.

CASO DESCARTADO

Es aquel caso investigado y que el diagnóstico laboratorial fue negativo.

CASO CONFIRMADO

- Caso sospechoso confirmado por laboratorio por aislamiento del bacilo en una muestra de secreción faríngea mediante cultivo. Por nexo epidemiológico, por antecedente de contacto en la semana anterior con un caso de difteria confirmado por laboratorio.

MANEJO

- Notificar inmediatamente.
- Investigación inmediata.
- Llenado de ficha epidemiológica.
- Toma de dos muestras de secreciones nasal o faríngeas y de la membrana para cultivo, la primera al primer contacto y la segunda a las 24 horas de haber finalizado el tratamiento antimicrobiano. Mantener la muestra a temperatura ambiente y enviar en las primeras 24 horas al laboratorio.
- Toma de muestra a convivientes del caso de cualquier edad.
- Búsqueda activa de más casos en la comunidad y de los contactos.
- Identificación de la fuente de infección.
- Tratamiento y aislamiento del caso.
- Referir a nivel hospitalario casos con complicaciones graves.
- Quimioprofilaxis a contactos (penicilina benzatinica).
- Vacunación a susceptibles:
 - a) Menores de un año, iniciando o completando esquema con vacuna pentavalente.
 - b) Búsqueda activa de población de uno a cuatro años para:
 - Iniciar o completar esquema de vacuna DPT.
 - Aplicar primero o segundo refuerzo de DPT.
 - c) Iniciar o completar esquema con Td a convivientes del caso mayores de siete años.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.





Recuerde, caso sospechoso de Difteria es:

Cualquier persona con laringitis, faringitis o amigdalitis, con presencia de una membrana adherente grisácea, que es difícil de desprender, y al desprenderse sangra.

1. IDENTIFICACIÓN

CASO No.: _____ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.: _____
 REGIÓN _____ ÁREA _____ MUNICIPIO _____ UPS _____
 NOMBRE DEL CASO: _____ EDAD _____ SEXO _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ NOMBRE DEL PADRE _____
 DIRECCIÓN COMPLETA: _____

2. NOTIFICACIÓN

FECHA DE NOTIFICACIÓN: ____/____/____ FUENTE DE NOTIFICACIÓN: UPS ☐
 FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: ____/____/____ PRIVADO ☐
 HOSPITALIZADO EN: _____ No. EXPEDIENTE _____ LABORATORIO ☐
 DESCONOCIDO ☐

3. ANTECEDENTES VACUNALES

CARNÉ ☐ LISTADO ☐
 VACUNACIÓN CON 1º DOSIS ____/____/____ 2º DOSIS ____/____/____ 3º DOSIS ____/____/____
 PENTAVALENTE, DPT, Td Refuerzos ____/____/____ ____/____/____

4. CUADRO CLÍNICO

MEMBRANAS Grisáceas () Duras () Adherentes () Borde hiperemico ()
 Fácilmente sangrantes () Fétidas ()
 Localización: _____

	SÍ	NO		SÍ	NO
Fiebre	☐	☐	Escalofríos	☐	☐
Disfagia	☐	☐	Disfonía	☐	☐
Adenomegalias	☐	☐	Cuello de toro	☐	☐
Malestar general	☐	☐	Exudado	☐	☐
Lesiones en piel	☐	☐	Localización	☐	☐

TIPO DE LESIONES: _____

COMPLICACIONES ☐ SÍ ☐ NO TIPO _____

OTROS DATOS CLÍNICOS _____

TRATAMIENTO ADMINISTRADO _____ FECHA DE INICIO ____/____/____



5. DATOS DE LABORATORIO

Prueba Realizada	Fecha de Toma de la Muestra	Fecha de Envío Lab. Bacter.	Resultado	Fecha de Resultado
Cultivo _____	____/____/____	____/____/____	_____	____/____/____
Cultivo _____	____/____/____	____/____/____	_____	____/____/____

TOXIGENICIDAD : _____

6. FUENTE DE INFECCION

CONTACTO CON OTRO CASO CONFIRMADO

SI NO

☐	☐
--------------------------	--------------------------

¿DONDE?

ESCUELA ☐

DOMICILIO ☐

OTRO ☐

ESPECIFIQUE _____

7. MEDIDAS DE CONTROL

FECHA: ____/____/____

NUMERO DE CONVIVIENTES: _____

SI NO

☐	☐
☐	☐
☐	☐

TOMA DE MUESTRA A CONVIVIENTES DEL CASO:

QUIMIOPROFILAXIS A CONVIVIENTES:

SI NO

☐	☐
☐	☐

VACUNACION

DOSIS APLICADAS: 1º _____ 2º _____ 3º _____ R _____

BUSQUEDA DE CASOS: COMUNIDAD ☐ ESCUELA ☐ TRABAJO ☐

CONSULTA ☐ OTROS ☐ ESPECIFIQUE _____

8. CLASIFICACION

FECHA: ____/____/____

SOSPECHOSO ☐

CONFIRMADO ☐

DESCARTADO ☐

9. CONDICION FINAL

MEJORADO ☐

FALLECIO ☐

FECHA: ____/____/____

10. INVESTIGADOR

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE: _____ CARGO _____ FECHA: ____/____/____



Tos ferina

Enfermedad en control, para fines de vigilancia se han establecido las siguientes definiciones y manejo.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso

- Historia de tos severa
- Historia de alguno de los signos siguientes:
 - Tos persistente por dos o mas semanas.
 - Tos paroxística.
 - Tos seguida de vómito.

Caso probable

Caso sospechoso y alguno de los siguientes signos:

- Hallazgos típicos en examen clínico.
- En niños menores de tres meses: episodios de apnea y cianosis.
- En niños mayores de tres meses: Tos paroxística seguido de vómitos y estridor laríngeo inspiratorio.
- Hemorragia subconjuntival.
- Contacto con casos similares en las últimas dos o cuatro semanas o presencia de un brote en la comunidad.
- Biometría hemática con leucocitos (20,000 o más) con linfocitosis relativa o absoluta (50-75%)

Caso confirmado

- Caso probable con cultivo positivo.
- Caso probable con diagnóstico clínico típico y vinculado a otro caso confirmado por laboratorio.

Caso Descartado

Caso probable en el cual se demuestra por laboratorio otra etiología.

MANEJO

- Notificar inmediatamente.
- Investigación inmediata.
- Llenado de ficha epidemiológica.
- Toma de una muestra de secreción nasofaríngea para cultivo por *Bordetella pertussis* en el primer contacto y envío a laboratorio con solicitud de examen.
- Referencia a nivel hospitalario de casos menores de seis meses.
- Búsqueda activa de casos en la comunidad.
- En caso de brote documentar el brote y tomar muestras de secreciones nasofaríngeas para cultivo a convivientes y contactos cercanos.
- Vacunación de población susceptible menor de cinco años:
 - * Iniciando o completando esquema de tres dosis, en menores de un año con inmunobiológico pentavalente. Un primer refuerzo al año después de la tercera dosis con inmunobiológico DPT y segundo refuerzo entre los cuatro a cinco años.
 - * Iniciar esquema de tres dosis con DPT a niños de 1-4 años que no fueron vacunados siendo menores de un año con el inmunobiológico pentavalente.
- En caso de brote, iniciar vacunación al mes de edad, con un intervalo de un mes, hasta completar esquema de tres dosis con DPT.
- Quimioprofilaxis a convivientes y contactos cercanos con eritromicina (40-mg/kg/peso/día) cada seis horas por catorce días.
- Identificación de la fuente de infección.
- Aislamiento del caso.
- Analisis de la situación y factores de riesgo.
- Educación a familia y comunidad.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.

Caso compatible

- En el que no se logra identificar la etiología; pero hay datos sugestivos, como aumento en la cuenta leucocitaria o anticuerpos específicos.
- Fallece o se pierde durante su seguimiento y del cual no se dispone de estudios de laboratorio.
- Todo caso con diagnóstico médico de tos ferina, *pertussis* o síndrome coqueluchoide y sin estudios de laboratorio.





SECRETARÍA DE SALUD

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE TOS FERINA



Caso Sospechoso: Historia de tos severa

Historia de alguno de los signos siguientes:

- Tos persistente por dos o más semanas
- Tos paroxística
- Tos seguida de vómito

Caso Probable: Caso sospechoso y alguno de los siguientes signos:

- Hallazgos típicos en examen clínico
- Episodios de apnea y cianosis en niños menores de tres meses
- Tos paroxística seguida de vómitos y estridor laríngeo o inspiratorio en niños mayores
- Hemorragia subconjuntival
- Contacto con casos similares en las últimas 2 ó 4 semanas o presencia de un brote en la comunidad
- Biometría hemática con leucocitos (20,000 o más) con linfocitos relativa o absoluta (50 - 75%)

1. IDENTIFICACIÓN

No. de Caso: _____

Nombre Completo: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Dirección Completa: _____ UPS: _____

Municipio: _____ Área: _____ Región: _____ Sem. Epid.: _____

2. NOTIFICACIÓN

Fecha de Notificación: ____/____/____

Fuente de Notificación:

UPS ☐
Privado ☐
Laboratorio ☐
Otro ☐

Fecha de Hospitalización: ____/____/____

Hospitalizado en: _____ No. Expediente: _____

3. ANTECEDENTES VACUNALES

Especifique _____

Carné: ☐ Listado: ☐

Vacunación con D.P.T. 1ª dosis: ____/____/____

o Pentavalente

3ª dosis: ____/____/____

Refuerzos

de DPT:

2ª dosis: ____/____/____

____/____/____

4. CUADRO CLÍNICO

Fiebre

Tos persistente por 2 semanas o más

Tos paroxística seguida de vómito

Tos paroxística con ahogo inspiratorio

Episodios de apnea o cianosis

Expulsa flema

Hemorragia subconjuntival

SÍ	NO	IGN.

Fecha de inicio: ____/____/____

Complicaciones: Neumonía: SÍ ☐ NO ☐

Encefalitis: SÍ ☐ NO ☐

Otros datos clínicos: _____

Tratamiento administrado: _____ Fecha de inicio: ____/____/____

5. DATOS DE LABORATORIO

Biometría hemática: Leucocitos: _____ X mm³

Linfocitos: _____ %

	Toma	Envío	Resultado
Cultivo de secreción nasofaríngea	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Frotis de secreción nasofaríngea	____/____/____	____/____/____	____/____/____



Si es positivo, ¿qué se aisló? _____

6. FUENTE DE INFECCION

Contacto con otro caso confirmado ☐ SI ☐ NO Donde? Escuela ☐
Domicilio ☐
Otro ☐ Especifique: _____

7. MEDIDAS DE CONTROL

Fecha de inicio: ____/____/____
Vacunación de susceptibles ☐ SI ☐ NO Dosis aplicadas: 1º _____ 2º _____ 3º _____
R: _____
Búsqueda de casos: Comunidad ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐
Consulta ☐ Otros ☐ Especifique: _____
Quimioprofilaxis a contactos? ☐ SI ☐ NO

8. CLASIFICACION

Fecha: ____/____/____
Sospechoso ☐ Probable ☐ Descartado ☐
Confirmado ☐ Compatible ☐

Diagnóstico final: _____

9. CONDICION FINAL

Mejorado ☐ Falleció ☐ Fecha: ____/____/____

10. INVESTIGADOR

Observaciones: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

Fecha: ____/____/____

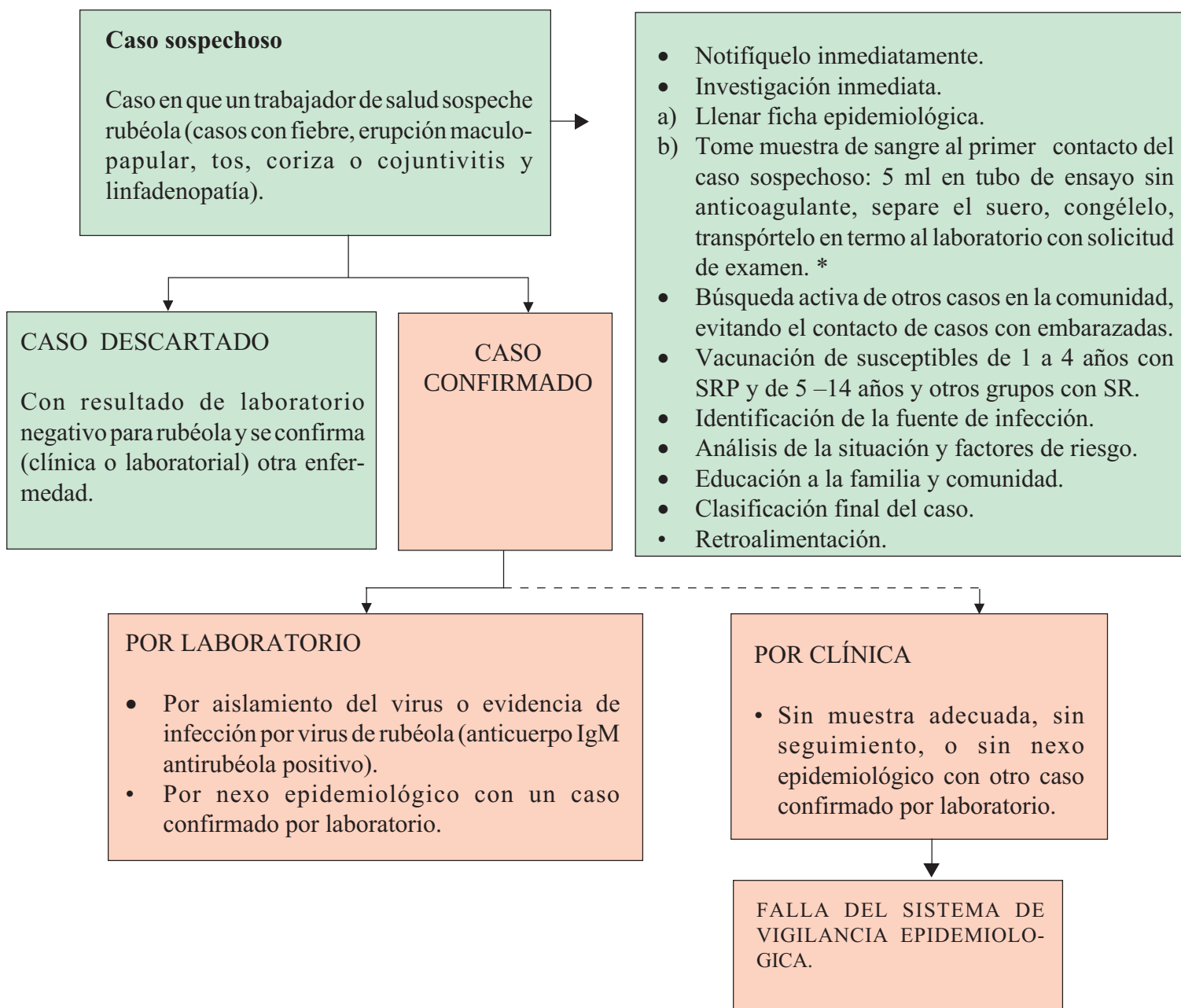


Rubéola

En el marco de la erradicación del sarampión, el Grupo Técnico Asesor de Enfermedades prevenibles por vacunación para las Américas (GTA) de la OPS, ha adoptado, para la detección de la circulación del virus de la rubéola las siguientes definiciones y manejo:

CLASIFICACIÓN DE CASOS

MANEJO



* En caso de brote: tome además 5-10 muestras de exudado nasofaríngeo a los primeros casos, en los primeros 3 a 5 días de la erupción para aislamiento del virus por cultivo.



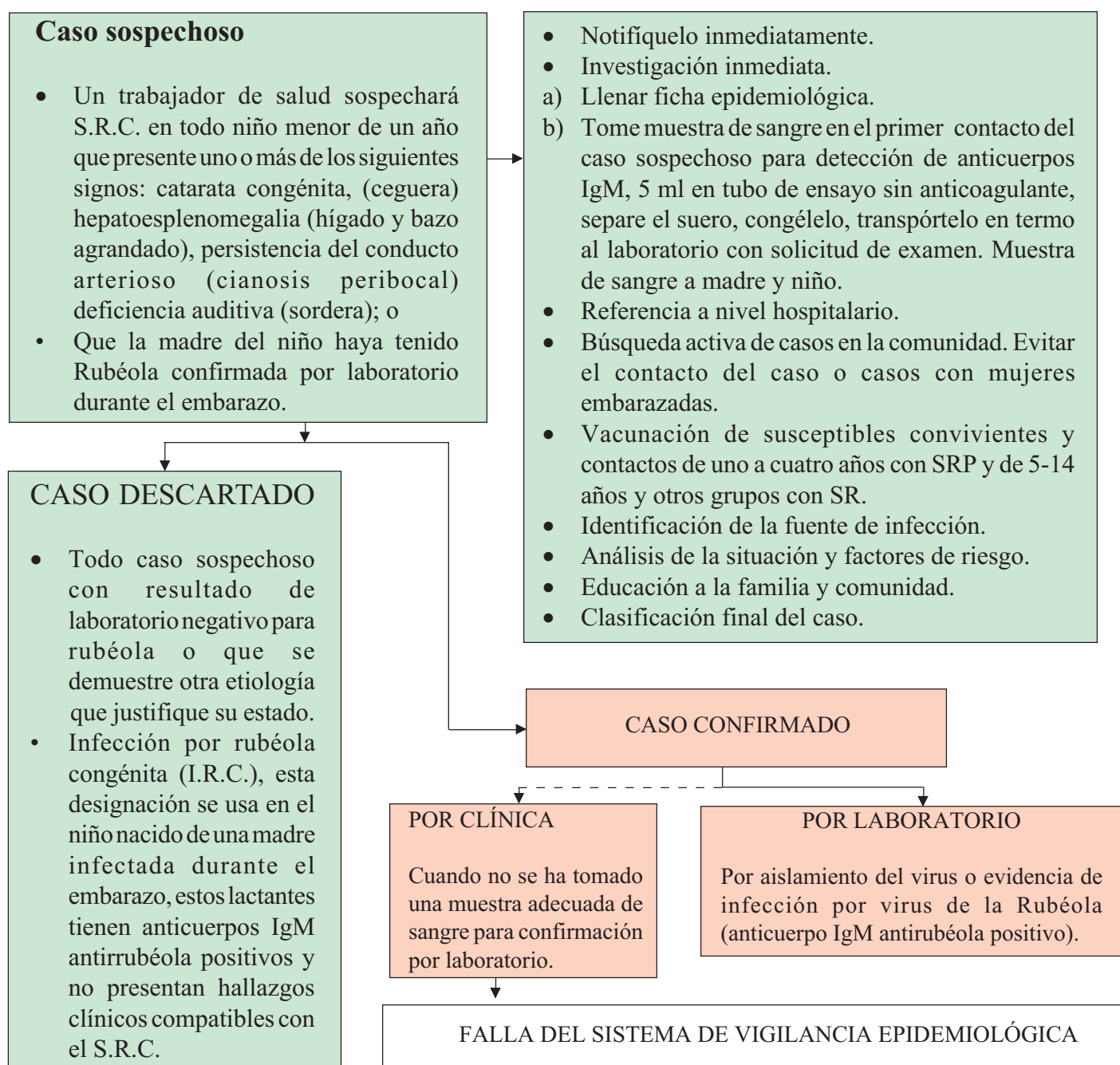
Síndrome de rubéola congénita (SRC)

El objetivo de la vigilancia del Síndrome de rubéola congénita es su control inmediato y eliminación a mediano plazo a través de la vacunación masiva y única de hombres y mujeres de 5 a 39 años de edad, la cual se realizará en los próximos cinco años a partir del 2002.

El propósito de la vigilancia es la detección de casos en lactantes; por lo que se han adoptado las definiciones de casos propuestas por el Grupo Técnico Asesor para enfermedades prevenibles por vacunación (GTA) en las Américas de la OPS así:

CLASIFICACIÓN DE CASOS

MANEJO





SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MATERNO INFANTIL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES



PAI

**FICHA INVESTIGACIÓN DE CASOS
SOSPECHOSOS DE RUBÉOLA CONGENITA**

CASO SOSPECHOSO: TODO NIÑO MENOR DE UN AÑO EN EL CUAL UN TRABAJADOR DE SALUD
SOSPECHE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA. (S.R.C.)

1. IDENTIFICACIÓN

CASO No. _____
REGION _____ ÁREA _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ SEM. EPID. No. _____
NOMBRE DEL CASO _____ SEXO ☐ F ☐ M
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD MESES DÍAS
NOMBRE DE LA MADRE _____
NOMBRE DEL PADRE: _____
DIRECCION PERMANENTE _____

2. DATOS DE NOTIFICACIÓN

FECHA DE NOTIFICACIÓN ____/____/____ FECHA DE INVESTIGACIÓN ____/____/____
FUENTE: Público _____ Búsqueda activa _____
Privado _____ Desconocido _____
Laboratorio _____ Otro _____
Comunidad _____

3. HISTORIA MATERNA

Número de embarazos anteriores: _____

	SÍ	NO	IGN
Estuvo en control prenatal			
Presentó Rubéola durante el embarazo confirmada por laboratorio			
Tuvo contacto con otro caso confirmado de Rubéola durante el embarazo			
Esta vacunada con antirrubéolica			
Complicaciones durante el embarazo			

No. de visitas: _____
Donde lo recibió: Público ☐ Privado ☐ Otro ☐
En que mes del embarazo: _____
Donde: _____
Fecha de última dosis: ____/____/____
Aborto ☐ Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) ☐ Parto prematuro ☐

4. HISTORIA CLÍNICA DEL CASO

Peso al nacimiento _____ Edad gestacional _____
Malformaciones aparentes al nacer ☐ SÍ ☐ NO Malformaciones detectados posteriormente ☐ SÍ ☐ NO
Edad que se detectaron: MESES Vive actualmente: ☐ SÍ ☐ NO
Características clínicas:

	SÍ	NO	IGN
Cataratas congénitas			
Glaucoma congénito			
Persistencia conducto arterioso			
Estenosis pulmonar periférica			
Sordera (pérdida de audición)			
Retinopatía			
Otro tipo de anomalía cardíaca			

	SÍ	NO	IGN
Retardo mental			
Microcefalia			
Meningoencefalitis			
Púrpura			
Hígado grande			
Bazo grande			
Huesos radiolucientes			

Otras anomalías: _____

5. DATOS DE LABORATORIO

PRUEBA REALIZADA	FECHA DE TOMA DE MUESTRA	FECHA DE ENVÍO LAB. VIROLOGÍA	TIPO DE PRUEBA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO
Madre	____/____/____	____/____/____	_____	_____	____/____/____
Niño (a)	____/____/____	____/____/____	_____	_____	____/____/____

6. CLASIFICACIÓN FINAL :

FECHA: ____/____/____ Sospechoso ☐ Confirmado ☐ Descartado ☐

7. INVESTIGADOR

NOMBRE _____ CARGO _____
COMENTARIOS: _____

NOTA: Adjunte a todo caso informe de medidas de respuesta.



DEFINICIONES DE CASO

Para fines de vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita se han establecido las siguientes definiciones:

Caso sospechoso de Rubéola Congénita:

Se considera como caso sospechoso de SRC. a todo niño menor de un año de edad, en el cual un trabajador de salud sospeche SRC.

1.- Se detectan uno o más de los siguientes signos: catarata congénita, hepatoesplenomegalia, persistencia del conducto arterioso, ó deficiencia auditiva.

2.- Se conozca que la madre del niño haya tenido rubéola confirmada por el laboratorio durante el embarazo y exista sospecha clínica de SRC. En el niño, por cualquier razón, después de un examen físico minucioso.

Caso confirmado de Rubéola Congénita.

A.- Caso con confirmación laboratorial por aislamiento del virus ó evidencia de infección por el virus de la Rubéola (Ejem. Anticuerpos IgM - antirubéola positivo)

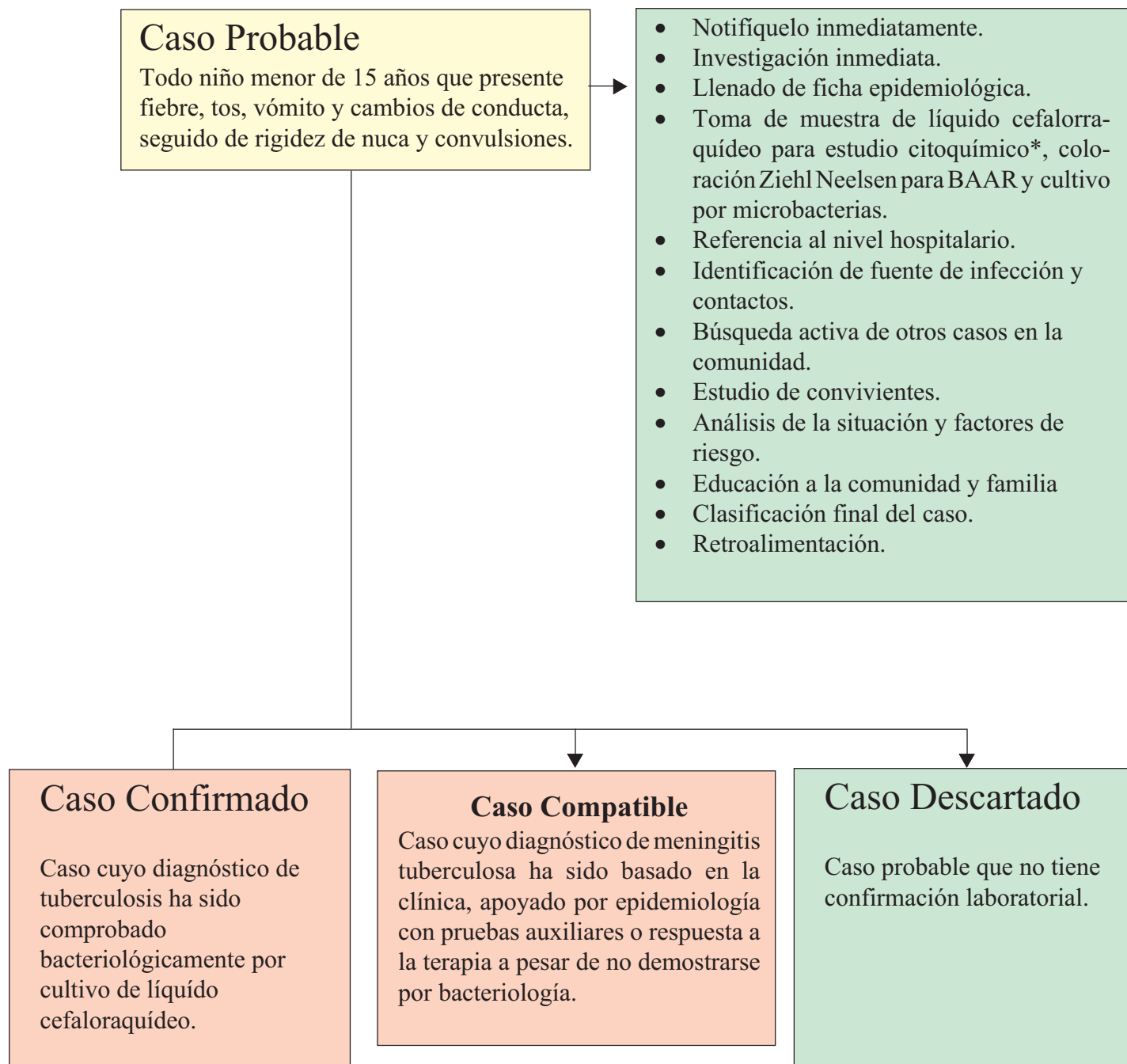
B. - Caso Confirmado Clínicamente: Cuando no se ha tomado una muestra adecuada de sangre para confirmación por laboratorio, lo que se considera una falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado de Rubéola Congénita

Todo caso sospechoso con resultado de laboratorio negativo para Rubéola o que se demuestre otra etiología que justifique su estado.

Meningitis tuberculosa

La meningitis tuberculosa es una enfermedad en control; y mantiene una tasa inferior a un caso por 100,000 menores de 15 años.



* Citoquímica compatible se caracteriza por líquido cefalorraquídeo claro, con proteínas aumentadas y glucosa disminuida.

Ver manual de normas de control de Tuberculosis.





FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MENINGITIS TUBERCULOSA



PAI

1. IDENTIFICACIÓN

Caso No.: _____ Región No.: _____ Area No.: _____ Depto.: _____
Municipio: _____ UPS: _____ Localidad: _____
Semana Epid. No.: _____
Nombre: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Edad: Años ☐ Meses ☐
Dirección Permanente: _____
Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

2. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

	SÍ	NO	Fecha: _____	Edad: _____
Vacunación con B.C.G.:	☐	☐	# de dosis: ____/____/____	☐
Cicatriz post vacunal:	☐	☐	# de Refuerzo ____/____/____	☐

3. ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS

	SÍ	NO
Ha habido tuberculosis en la familia:	☐	☐
Ha recibido tratamiento de tuberculosis:	☐	☐
Hay tosedores en la familia:	☐	☐

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

	SÍ	NO	
Fecha de inicio: ____/____/____	☐	☐	Resultado mantoux (m.m) _____
Fiebre	☐	☐	Resultado RX: _____
Convulsión	☐	☐	Resultado de Laboratorio: _____
Vómito	☐	☐	L.C.R.: En fresco y cultivo: _____
Rigidez de nuca	☐	☐	Fecha: ____/____/____
Fontanela abombada	☐	☐	

5. TRATAMIENTO INSTITUIDO

6. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico inicial: _____ El caso fué notificado a la UPS de procedencia
Diagnóstico final: _____ SÍ ☐ NO ☐
Diagnóstico clínico ☐ Sí ☐ NO ☐
Diagnóstico laboratorio ☐ Sí ☐ NO ☐
Nombre de la UPS: _____

7. CONDICIÓN DE EGRESO

Curado: ☐ Mejorado ☐ Muerto ☐ Fecha: ____/____/____

8. ACTIVIDADES REALIZADAS

	SÍ	NO	Fecha: ____/____/____	Resultado
Medidas de control	☐	☐	Fecha: ____/____/____	_____
Investigación de convivientes	☐	☐	Fecha: ____/____/____	_____
Observaciones: _____				
Nombre del Investigador: _____			Cargo: _____	
Fecha: ____/____/____				



Enfermedades invasivas por Hib

Considerando que Honduras incorporó a partir de julio de 1999, el inmunobiológico *Haemophilus influenzae* tipo b, y en julio del 2000 el inmunobiológico pentavalente para población menor de un año, se inicia bajo la conducción del Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, la vigilancia de las meningitis a nivel nacional y la de neumonías a nivel nacional en Hospitales centinelas seleccionados con fines de investigación.

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso

Todo niño de un mes o menor de cinco años que presenta cuadro clínico de meningitis, (fiebre, cefalea, rigidez de nuca, fontanela abombada y/o cambios de su estado mental).

Caso probable

Caso sospechoso con resultado positivo de tinción de Gram del LCR o resultado citoquímico sugestivo de meningitis.

- Pleocitosis: Glóbulos blancos (GB) mayor o igual a 10 por mm³ con predominio de neutrófilos.
 - Hipoglucorraquia: Glucosa menor o igual al 50% de la glicemia.
- Proteinorraquia: Proteínas igual o mayor de 45 mg/dl.

Caso descartado

- Caso probable con resultado de laboratorio negativo por Hib.

Caso confirmado

- Todo caso probable con aislamiento bacteriano en el cultivo y/o prueba de látex positiva (+) para Hib.

MANEJO

- Notificación inmediata.
- Investigación inmediata.
 - a) Llenado de ficha epidemiológica
 - b) Tomar muestra de líquido cefalorraquídeo en el primer contacto, 3 ml distribuidos en dos tubos estériles, 1 ml para estudio citoquímico y 2 ml para estudio bacteriológico (cultivo, Gram y aglutinación en latex) y prueba de sensibilidad antimicrobiana.
- Envío de muestra al laboratorio debidamente conservados.
- Referencia a nivel hospitalario.
- Búsqueda activa de casos y contactos en la comunidad.
- Análisis de la situación y factores de riesgo.
- Quimioprofilaxis a convivientes: con rifampicina vía oral, una vez al día por cuatro días en dosis de 20 mg/Kg/peso (máximo 600 mg) para todos los convivientes menores de cinco años.
- Seguimiento del caso para evaluar su evolución y completar estudio laboratorial.
- Vacunación de población susceptible menor de un año que no haya iniciado o completado esquema de tres dosis de inmunobiológico pentavalente.
- Educación a la familia y comunidad.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.





FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE MENINGITIS

Caso Sospechoso: Todo niño mayor de un mes y menor de cinco años que presenta cuadro clínico de meningitis (fiebre, cefalea, rigidez de nuca, fontanela abombada y/o cambios de su estado mental).

No. de Caso: _____ Región: _____ Hospital: _____ No. Historia Clínica: _____

DATOS GENERALES

Semana Epid. No.: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

ANTECEDENTES VACUNALES

Añote en el recuadro correspondiente al biológico la fecha de aplicación

Inmunobiológico	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Refuerzo
Hib y/o Pentavalente				
Meningococo				

Dato comprobado por: Carné: _____ Otro (especifique): _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

¿Ha tenido contacto con otros pacientes con infecciones agudas similares?: Si: _____ No: _____

¿Ha tenido otro cuadro similar a este?: Si: _____ Fecha: ____/____/____ No: _____

¿Acude a alguna guardería, escuela?: Si: _____ Nombre: _____ No: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA (Síntomas al ingreso)

Fiebre _____ Cefalea _____ Fontanela abombada _____ Rigidez de nuca _____ Petequias _____

Cambio de estado mental _____ Convulsiones _____ Otros (especifique) _____

Fecha de inicio del primer síntoma: ____/____/____ Fecha de la primera consulta: ____/____/____

Uso de antibióticos durante los catorce días antes de la toma de muestra de LCR: _____

Si _____ Especifique: _____ No _____

Existe una enfermedad de base (enfermedad crónica, subyacente) No.: _____ Si: _____

Especifique: _____

INFORMACIÓN LABORATORIAL

L.C.R. Fecha de la toma: ____/____/____ Hora de la toma: ____ am ____ pm

Aspecto: Claro: _____ Turbio: _____ Sanguinolento: _____ Desconocido: _____

Resultado Gram: _____

Leucocitos/mm³: _____ Neutrófilos: _____ (%) _____ (absolutos) _____

Proteínas mg/dl: _____ Glucosa mg/dl: _____ Glicemia (simultánea a la toma del LCR): _____ mg/dl

Identificación de bacteria en L.C.R.: fecha de resultados: ____/____/____

Bacteria	Por Cultivo	Por Látex	Serotipos
Haemophilus influenzae Tipo b:			b: _____ No b: _____ Otro: _____
Neisseria meningitidis:			A: _____ B: _____ C: _____ Otro: _____
Streptococcus pneumoniae:			
Otro:			

* Resultado sensibilidad antimicrobiana: _____

Sensible a: _____

Resistente a: _____

EVOLUCIÓN

Fecha de egreso: ____/____/____ Condición al egreso: Vivo: _____ Sin Secuelas: _____

Con secuelas neurológicas (explique): _____ Falleció: _____

ACCIONES DE CONTROL EN CASO DE SER POSITIVO A HAEMOPHILUS influenzae tipo b

Vacunación a _____

susceptibles Si _____ No: _____ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de término: ____/____/____ Cobertura: ____/____%

RESULTADO DEL ESTUDIO DE CONTACTOS

Grupos de Edad	Total	Vacunados	Quimioprofilaxis
Menor de 5 años			
Mayor de 5 años*			
TOTAL			

* Sólo para vacuna antimeningocócica

CLASIFICACIÓN FINAL Anotar Fecha: ____/____/____

Caso Confirmado: _____ Caso Descartado: _____ Caso Compatible: _____

Clasificación Final: _____

Investigador: _____ Cargo: _____

Fecha de investigación: ____/____/____ Firma: _____



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE FICHA DE CASOS SOSPECHOSOS DE MENINGITIS

I. Datos Generales

Hospital : Anotar nombre del hospital

Nombre del paciente: Anotar nombre y apellidos del paciente

Fecha de nacimiento : Anotar años y/o meses cumplidos

Dirección: Anotar claramente el nombre del barrio, municipio y departamento

Nombre del responsable : Anotar el nombre de la persona responsable del niño (a).

II. Antecedentes Vacunales:

Verificar en el carné de vacunación del niño (a) y anotar las fechas de aplicación en el recuadro. Si no porta carné verificar en listados.

III. Antecedentes Epidemiológicos:

Ha tenido contacto con otros pacientes con infecciones agudas similares: marcar con una "X" si ó no.

Ha tenido otro cuadro similar a este: marcar con una "X" si ó no. Si la respuesta es si anotar la fecha en que presentó la enfermedad.

Acude a alguna guardería ó escuela: marque con una "X" si ó no. Si la respuesta es si anote el nombre de la institución a la que acude.

IV. Información Clínica:

Marcar con una "X" los síntomas que el paciente presenta al ingreso.

V. Información de laboratorio:

- Fecha de la toma de muestra: anotar la fecha en que recolecto la muestra.
- Hora de toma de muestra: auto explicativo.
- Aspecto del líquido cefalorraquídeo: marcar con una "X" en la casilla correspondiente.
- Resultado: Anote el resultado enviado por el laboratorio en el espacio correspondiente.
- Identificación de bacteria en hemocultivo. - auto explicativo.
- Resultado de sensibilidad antimicrobiana: Auto explicativo.

VI. Evolución:

- Fecha de egreso: Anotar la fecha en que el paciente fué dado de alta.
- Condición al egreso: Marcar con una "X" en el espacio correspondiente.

VI. Acciones de control en caso de ser positivo a Haemophilus influenzae Tipo b

- Vacunación a susceptibles: Marcar con una "X"
- Fecha de inició: Anote la fecha en que comenzó a desarrollar las acciones.
- Fecha de terminó: Auto explicativo.
- Cobertura: En relación a niños vacunados con Haemophilus influenzae Tipo B y/o pentavalente entre la población menor de 1 año de la comunidad donde ocurrió el caso.

VI. Resultado del estudio de contactos:

- Grupos de edad: Auto explicativo.
- Vacunados: Auto explicativo.
- Quimioprofilaxis: Anotar el No. de contactos del caso que recibieron quimioprofilaxis.

VI. Clasificación final

- Fecha de Clasificación: Anote la fecha en que se obtuvo el resultado de laboratorio.
- **Caso confirmado:** Caso probable con cultivo de sangre o líquido pleural positivo por Hib. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente.
- **Caso descartado** : Casos sospechosos con pruebas de laboratorio negativas e imagen radiológica normal. Anote diagnóstico final.
- **Caso compatible:** Todo caso probable en el que no se realizaron pruebas de aglutinación en látex o cultivo o bien no tiene un diagnóstico alternativo sustentado. (marcar con una "X".)
- Investigador: Auto explicativo.
- Fecha de investigación: Fecha en que se realizó la investigación



Parótitidis

Enfermedad en control, de notificación obligatoria semanal

CLASIFICACIÓN DE CASOS

MANEJO

Caso sospechoso

Caso en que un trabajador de salud sospeche parótitidis (aparición aguda de inflamación de las parótidas u otras glándulas salivares unilateral o bilateral con duración de dos o más días. Sin que haya causas aparentes.

- Notificación semanal.
- Investigación inmediata.
- Llenado de consolidado mensual.
- Búsqueda activa de casos en la comunidad.
- Aislamiento, especialmente cuando los casos se presenten en centros cerrados.
- Documentar los casos de los brotes a través de consolidado*.
- Vacunación de población susceptible de 1-4 años con SRP.
- Identificación fuente de infección.
- Análisis de situación y factores de riesgo.
- Educación a familia y comunidad.
- Clasificación final del caso.
- Retroalimentación.

* Llenar consolidado mensual de ocurrencia de casos según grupos de edad y estado vacunal.

Caso confirmado

Todo caso clínicamente compatible con la definición de caso sospechoso que tiene nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Caso descartado

Caso sospechoso que no tiene nexo epidemiológico con un caso confirmado.

****En nuestro país el diagnóstico es clínico, pero la enfermedad se puede confirmar por serología.**



Fiebre Amarilla

CLASIFICACIÓN DE CASOS

Caso sospechoso

Paciente procedente de zonas selváticas o limítrofes de estos con fiebre, ictericia, escalofríos, cefalea, vómitos y postración que puede acompañarse de pulso débil, fiebre, mialgias, anuria, albuminuria, hemorragias de tracto digestivo y leucopenia.

MANEJO

- Notificación inmediata nacional e internacional.
- Investigación inmediata:
- Informe epidemiológico del caso con énfasis en edad, procedencia, lugares visitados en los últimos 15 días, síntomas, etc.
- Toma de una muestra de sangre para detección de anticuerpos y cultivo.
- Aislamiento del caso
- Búsqueda activa de nuevos casos y contactos.
- Identificación de fuente de infección.
 - Clasificación del caso.
 - Análisis de la situación y factores de riesgo
- Vacunación a personas mayores de 9 meses.
- Educación a la familia y comunidad.
- Retroalimentación.

Confirmado

Caso sospechoso que cumpla uno de los siguientes criterios:

- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla en sangre o tejido hepático.
- Presencia de antígeno vírico en sangre o tejido hepático, detectado por técnica inmuno-histoquímica.
- Presencia de IgM, específica en suero inicial o aumento de anticuerpos contra fiebre amarilla en sueros para fase aguda y convalescente.
- Presencia de lesiones típicas en el hígado, observadas en las cortes de anatomía patológica.
- Nexo epidemiológico.



Vigilancia de eventos adversos

❑ CONCEPTOS

❖ Evento adverso

Es un suceso desfavorable asociado temporalmente a la vacunación que puede o no ser causado por el inmunobiológico.

❖ Tipos de eventos adversos.

- **Eventos relacionados con el programa**, generalmente causados por errores programáticos, por administración incorrecta de los inmunobiológicos ejemplo: absceso en el lugar de la inyección por error en la aplicación en la capa superficial de la piel de inmunobiológicos absorbidos o mal preparados.
- **Eventos relacionados con las propiedades intrínsecas de los inmunobiológicos**, que pueden ser causados por reacciones al antígeno inmunizante, o, a otros componentes de los inmunobiológicos, como los antibióticos, conservantes o adyuvantes. Ejemplo: dolor, enrojecimiento o edema localizado en el sitio de la inyección de más de tres días de duración.
- **Eventos coincidentes**, relacionados con la propensión de los niños menores de dos años de contraer enfermedades. Es probable que haya una asociación temporal y sólo coincidente entre los eventos adversos y la administración de inmunobiológicos. Ejemplo: niño con proceso infeccioso y febril, se le aplica DPT y/o pentavalente, y presenta convulsiones asociado al proceso febril.

❑ OBJETIVO GENERAL

- ❖ Establecer la vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos después de la vacunación, que permita una detección temprana y una respuesta oportuna, apropiada y rápida a los eventos para reducir la repercusión negativa sobre la población y el programa de vacunación.

❑ Normas generales

- ◆ El personal de salud de la red de servicios deberá identificar los problemas o casos de eventos adversos graves asociados a la vacunación para su notificación, investigación, estudio epidemiológico y manejo; determinando la causalidad de la ocurrencia del evento adverso asociado a la vacunación.
- ◆ El personal de salud debe realizar vigilancia de los eventos adversos graves provocados real ó hipotéticamente por inmunobiológicos; realizando investigación de campo para evaluar si el evento adverso es atribuible a otras causas o un problema debido a manipulación y aplicación del inmunobiológico.
- ◆ El personal de salud deberá analizar la causalidad del evento adverso considerando:

- ◆ El evento sea un síndrome específico y para él cual existe una base biológica reconocida, como el caso de la anafilaxia inmediata después de la vacunación.
- ◆ Confirmación de laboratorio, consistente en aislar la cepa del virus de la vacuna, por ejemplo: parotiditis en líquido cefalorraquídeo en un paciente con meningitis aséptica.
- ◆ Las Regiones y Áreas de Salud establecerán sitios centinelas de vigilancia de eventos adversos en hospitales, clínicas materno infantiles, CESAMOS de gran concentración poblacional para la recolección; análisis de la información disponible, monitoreando los inmunobiológicos según tipo y lote para identificar los problemas y evitar la negligencia en la toma de decisiones.
- ◆ El personal de salud del nivel Regional y Área, deberá registrar el tiempo entre la aplicación del inmunobiológico y la ocurrencia del evento adverso; para determinar el riesgo de convulsiones por intervalo de tiempo post vacunal. Las convulsiones febriles después de la aplicación del inmunobiológico DPT y/o pentavalente, se asocian a una reacción antigénica rápida, mientras que con la SRP, se asocian a un período de viremia después de la vacunación, que ocurren una o dos semanas más tarde.
- ◆ El personal de salud realizará vigilancia activa para observar la relación temporal entre la vacunación y ciertas condiciones que se diagnostican a la misma edad. Los inmunobiológicos se aplican en los dos primeros años de vida; época en la que ciertas condiciones como las convulsiones se manifiestan por primera vez.
- ◆ El PAI, en coordinación con el Consejo Consultivo de Inmunizaciones organizará el subcomité de revisión y análisis de eventos adversos asociados a la vacunación, siendo su principal función la investigación, estudio y determinación de las causas de los eventos y su clasificación final.
- ◆ Los eventos adversos a monitorear por el personal de salud son:
 - Abscesos en el sitio de la inyección.
 - Linfadenitis por el inmunobiológico BCG.
 - Las defunciones que el personal de salud, o el público consideren relacionadas con la vacunación.
 - Todos los casos que requieren hospitalización ó situaciones potencialmente mortales que se relacionen con la vacunación.
 - Otros incidentes médicos graves o extraños que se consideren relacionados con la vacunación; y que podrían tener una repercusión perjudicial para el programa de inmunización.
- ◆ El personal de salud deberá notificar la ocurrencia de un caso de evento adverso así:
 - Inmediatamente al momento que se detecte y capte en el servicio de salud y/o la comunidad la ocurrencia de un caso, notificándolo vía teléfono o telegrama al nivel inmediato superior, (Sector, Área, Región y PAI).
- ◆ Notificación regular, cada Región de Salud deberá organizar una red de notificación conformada por la red de servicios médicos privados, farmacias y autoridades locales. Se deberá considerar el nivel hospitalario, básicamente los servicios de emergencia, sala de pediatría y medicina interna para la búsqueda activa de eventos adversos.
- ◆ El personal de salud deberá considerar la notificación de la ocurrencia de eventos adversos por parte de los padres de familia u otro medio local, deberá investigarse validando la confiabilidad de la información. Es recomendable no rechazar la notificación



de eventos adversos por el público, sino aceptarlo y asesorar a la persona que denuncia para fortalecer la confiabilidad del sistema sin crear hostilidad.

- ◆ Todos los casos sospechosos de eventos adversos notificados deben ser investigados por el personal de salud, apoyados por el personal del Municipio, Área y el Departamento de Epidemiología Regional en las primeras 24-48 horas de la notificación.
- ◆ La detección y notificación de los eventos adversos es responsabilidad del Departamento de Epidemiología y de los trabajadores de la salud en todos los niveles de atención donde se presten servicios de vacunación.
- ◆ El personal de salud médico o de enfermería responsable de la UPS donde se vacunó el caso, llenará la ficha epidemiológica, formulario No 4 adjunto, recabando toda la información necesaria que permita caracterizar el caso, como la dirección exacta de la residencia del paciente para la visita a domicilio y a la comunidad.
- ◆ El personal de salud considerará un brote de eventos adversos la ocurrencia de dos o más casos sospechosos de eventos adversos asociados a uno o varios lotes de inmunobiológicos en una determinada zona geográfica, en el período de una semana o un mes después de actividades de rutina o especiales de vacunación. Deberá documentarse todos los casos a través del llenado de la ficha, anotando cuidadosamente los datos referentes a fecha de vacunación, tipo de inmunobiológicos aplicados y dosis, lugar donde se aplicó el inmunobiológico, número de lote del inmunobiológico y fabricante.
- ◆ El personal de salud deberá recolectar muestras de los lotes de los inmunobiológicos a los cuales se les asocian los eventos y enviarlas al programa para su envío respectivo para análisis, recolectadas y conservadas de acuerdo a las normas de conservación y manejo de inmunobiológicos; tomando muestras del inmunobiológico utilizado y asociado al evento y muestras del mismo lote no utilizado.
- ◆ El personal de salud cuando se trata de un grupo de niñas y niños deberá identificar el evento adverso común a todos los niños después de la vacunación, los signos y síntomas comunes en todos los pacientes, el número de niños vacunados con el mismo lote, las UPS donde fueron vacunados, si el mismo lote fue utilizado en todas las UPS; número de personas no vacunadas que presentan los mismos signos y síntomas, período promedio entre la vacunación y la presencia de eventos adversos, prácticas de vacunación del personal de salud, incluida la manipulación, conservación y técnicas de aplicación.
- ◆ El personal de salud inmediatamente después de la investigación clínica epidemiológica hospitalaria y el llenado de la ficha debe realizar visita al lugar de residencia del caso sospechoso revisando los siguientes aspectos:
 - Completar información referente al cuadro clínico presentado.
 - Verificar los antecedentes de vacunación, fecha de aplicación de última dosis, mediante presentación de carné de vacunación y/o revisión de LINVI.
 - Investigar los antecedentes de enfermedad previo y posterior a la vacunación.
 - Dialogar con los padres de familia y verificar si hay más niños vacunados en la misma casa.
 - Al visitar el hogar del caso sospechoso de eventos y llenar y/o completar la ficha epidemiológica deben formularse preguntas para determinar si hay más casos presentando los mismos signos y síntomas.

- ◆ El personal de salud deberá realizar búsqueda activa de casos de eventos adversos, realizando revisión de los registros de hospitales y clínicas del sector público y privado, estableciendo contactos con los médicos pediatras del municipio o localidad, autoridades municipales, centros de educación pre escolar hasta agotar la búsqueda activa por ausencia completa de casos.
- ◆ Los datos sobre el número de dosis de los inmunobiológicos distribuidos y las dosis administradas en la UPS, municipio, sector, área, región deben recolectarse por tipo de inmunobiológico y número de lote; sistemáticamente de manera que permita el monitoreo y evaluación de la tasa de eventos adversos .
- ◆ El análisis de los datos de los eventos adversos de vacunación deben realizarse a nivel Local, Municipal, de Área y Región, incluyendo el análisis los siguientes aspectos:
 - Revisión exhaustiva de la ficha de investigación de cada caso.
 - Resumen de otros datos acerca de eventos en la comunidad.
 - Causa probable del caso y diagnóstico final del caso (la causa puede no ser evidente o puede haber más de una causa o puede clasificarse como un brote no relacionado).
- ◆ Si en la investigación del caso se detecta que el evento se asocia a errores programáticos (logística, adiestramiento, supervisión) la Región y Área de Salud deberá corregir la situación y capacitar al personal del nivel local en las técnicas de aplicación.
- ◆ La decisión de suspender la utilización de un inmunobiológico o lote de inmunobiológicos o retirar un inmunobiológico ya distribuido deberá realizarse en consulta con el programa, identificando los problemas; realizando un análisis de los lotes según el número de eventos adversos.
- ◆ El personal de salud deberá mantener oficialmente informado a la población con énfasis a los padres del caso por medio de comunicación interpersonal, boletines epidemiológicos.
- ◆ El personal de salud informará a los padres de los niños que reciben inmunobiológicos sobre los beneficios y riesgos de la vacunación, a través del plan de información, educación y comunicación del PAI, en todos los niveles de la red de servicios para mantener las coberturas de vacunación superiores al 90% y la erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación.





Ficha Epidemiológica de Reporte de Eventos Adversos

Evento Adverso: Es un suceso desfavorable, asociado temporalmente a la vacunación, que puede o no ser causado por el inmunobiológico.

Datos Generales

1. Región: _____ Área: _____ UPS: _____
2. Nombre del Caso: _____
3. Nombre de la Madre: _____
4. Nombre del Padre: _____
5. Dirección Exacta: _____
6. Sexo: F _____ M _____
7. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: _____
8. Vacuna Administrada en: _____
- Por: _____ Fecha: ____/____/____
9. Fecha inicio signos y síntomas de evento: ____/____/____ Hora: _____
10. Describa el evento adverso presentado (signos, síntomas) y tratamiento si fue necesario.

Signos y Síntomas	Tiempo Transcurrido	Tratamiento Aplicado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. Marque la condición del paciente según corresponda

- ☐ Paciente fallecido: Fecha ____/____/____
- ☐ Enfermedad puso en peligro la vida
- ☐ Requirió maniobras de emergencia hospitalaria
- ☐ Requirió hospitalización (No. de días _____)
- ☐ Hospitalización prolongada
- ☐ Secuela permanente
- ☐ Ninguna de las anteriores

12. Anote los datos de vacunas aplicadas

	Fecha	Tipo de Vacuna	Fabricante	No. de Lote	Sitio de Aplicación	No. de Dosis
a)	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
b)	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
c)	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____
d)	____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____



13. Anote cualquier otra vacuna aplicada dentro de las 4 semanas previas a las listadas en el numeral 12.

	Fecha	Tipo de Vacuna	Fabricante	No. de Lote	Sitio de Aplicación	No. de Dosis
a)	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
b)	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____
c)	___/___/___	_____	_____	_____	_____	_____

14. Se realizaron pruebas de diagnóstico laboratorio (especifique)

15. Presentó el paciente antecedente o enfermedad actual al momento de la vacunación.

Sí _____ No _____ Especifique: _____

16. El paciente tiene antecedente de alergias, defectos congénitos diagnosticados por médico:

Sí _____ NO _____ Especifique: _____

17. Notificó este evento previamente : Sí _____ No _____

A quien lo reportó: Médico privado ☐ UPS ☐ Área ☐ Región ☐

PAI ☐ Otro ☐ Especifique: _____

18. Clasificación final: Confirmado _____ Descartado _____ Fecha ___/___/___

19. Investigador

Nombre: _____ Cargo: _____

Fecha: ___/___/___

Comentarios: _____

