

COQUELUCHE

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso**Sospechoso** : (en condiciones NO epidémicas) ***Menores de 6 meses**: paciente con infección respiratoria aguda y al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: apneas, cianosis, accesos de tos paroxística, vómitos post-tos.**De 6 meses hasta 11 años**: paciente con tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos sin otra causa aparente.**Mayores de 11 años**: paciente con tos persistente de 14 o más días de duración, con o sin otra sintomatología acompañante.

* La definición de caso sospechoso de coqueluche se ajustará en condiciones de epidemia

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

Apellido y Nombre materno: _____ DNI materno: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de primera consulta: ____/____/____

Cianosis Tos paroxística Tos mayor a 14 días Estridor Vómitos Apnea Fiebre mayor a 38 grados Síntomas catarrales Ambulatorio No declarado Si No Cuidados Intensivos: Si No Internación No declarado Si No Fecha de Internación cuidados intensivos: ____/____/____Fecha de Internación: ____/____/____ Asistencia Respiratoria Mecánica: Si No **DATOS DE VACUNACIÓN****Marque el tipo de la última vacuna recibida**Cuádruple bacteriana acelular Vacuna Sextuple acelular Cuádruple bacteriana celular Vacuna Pentavalente Quíntuple bacteriana acelular Vacuna Triple bacteriana acelular Quíntuple bacteriana celular Vacuna Triple bacteriana celular

Número de dosis _____ Fecha de la última aplicación ____/____/____

Niño menor de 1 año: ¿La mamá fue vacunada con triple acelular en el embarazo? Si No Sem.Ges: _____**Paciente embarazada**: ¿Recibió triple acelular en este embarazo? Si No Sem.Ges: _____**Personal de salud con atención de lactantes o embarazadas**: ¿Recibió triple acelular? Si No Fecha: ____/____/____**DATOS EPIDEMIOLOGICOS****Factores de riesgo/ vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés/ Tipos de Lugar**Contacto con casos similares Contacto con personas con
enfermedad confirmada por
laboratorio Contacto con personas con
tos persistente

EXÁMENES DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Momento ideal para la toma	Fecha de toma
Aspirado nasofaríngeo	Al momento de la sospecha	___/___/___
Muestra de Suero*	Al momento de la sospecha	___/___/___

*Se estudiarán con serología solamente a mayores de 15 años de edad.

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

PARA EL PACIENTE

- Explicar al paciente y familia que se sospecha de una enfermedad de contagio respiratorio y que debe evitar el contacto estrecho con otras personas.
- Certificado de reposo laboral y/o escolar por 5 días. Luego del 5° día de tratamiento no contagia y puede reintegrarse a sus actividades.
- Tratamiento antibiótico, sin esperar resultados de laboratorio. Recordar que el tratamiento con antibióticos tiene un efecto limitado luego de los 21 días de inicio de la tos.

Esquema recomendado ADOLESCENTES Y ADULTOS:

CLARITROMICINA 500 mg c/12 hs por 7 días o ERITROMICINA 500 mg c/6 hs por 14 días.

Esquema recomendado EMBARAZADAS:

AZITROMICINA 500 mg dosis única el primer día y 250 mg dosis única desde el 2° al 5° día.

Esquema recomendado NIÑOS:

AZITROMICINA Menores de 6 meses: 10 mg/kg dosis única por 5 días. De 6 meses o más: 10 mg/kg dosis única el primer día y 5 mg/kg como dosis única desde el 2° al 5° día.

CLARITROMICINA (mayores 2 meses) 15 mg/kg/día cada 12 hs por 7 días (máximo 1 gramo/día).

ERITROMICINA 40-50 mg/kg/día c/6 hs por 14 días

PARA LOS CONTACTOS

- **Profilaxis antibiótica.** A todos los contactos familiares y otros contactos cercanos cualquiera sea la edad o el estado inmunitario.
- Se deberá realizar visita domiciliaria, para evaluar los contactos que se han expuestos, identificar sintomáticos y controlar esquemas de vacunación. Identificar si es posible de quien se ha contagiado. Eventualmente puede ser necesario ampliar al lugar de cuidado (guardería), estudio y/o trabajo.

Estudios de Contacto:

Contacto con caso confirmado Si No

N° contactos < de 1 año _____

Contacto con casos sospechosos Si No

N° contactos embarazadas _____

N° contactos del caso (totales) _____

N° contactos vacunados _____

Otros _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ___/___/20___

firma y sello del notificador