

**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