

## TÉTANO OTRAS EDADES (NO NEONATALES)

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso

**Sospechoso:** Paciente > de 28 días de edad con inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: Trismus, risa sardónica o espasmos musculares generalizados.

Sin ninguna otra causa aparente con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

**Probable:** Caso sospechoso con elevación de enzimas (CPK, aldolasa, recuento de leucocitos elevados).

**Confirmado:** Caso sospechoso que cumple criterios clínicos,. No hay hallazgos de laboratorio que sean específicos de tétano.

### 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: \_\_\_\_\_

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares involuntarios generalizados | <input type="checkbox"/> Risa sardónica |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Rigidez corporal                                | <input type="checkbox"/> Trismus        |
| <input type="checkbox"/> Opistótonos         |  |   |

### DATOS DE VACUNACIÓN

Fecha última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de dosis: \_\_\_\_\_

#### Marque el tipo de la última vacuna recibida

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Cuádruple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> | Sextuple acelular <input type="checkbox"/>          | Doble bacteriana <input type="checkbox"/>              |
| Cuádruple bacteriana <input type="checkbox"/>          | Pentavalente <input type="checkbox"/>               | No vacunados para este evento <input type="checkbox"/> |
| Quíntuple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> | Triple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> |  |
| Quíntuple bacteriana celular <input type="checkbox"/>  | Triple bacteriana celular <input type="checkbox"/>  |  |

### DATOS LABORATORIO

Recuento de leucocitos: \_\_\_\_\_ CPK: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

### Factores de riesgo/ vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés/ Tipos de Lugar

Exposición en los 30 días previos al inicio de los síntomas

Antecedentes de parto

Antecedentes de aborto

Cirugía

Inmunización incompleta

Quemaduras previas

Traumatismo corto punzante

Usuario de drogas inyectables

Mordedura de animales

Jardinería

## ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Las medidas preventivas y de control son la educación, vacunación y profilaxis, no existiendo indicación de control de foco ante la ocurrencia de un caso.

La enfermedad no produce inmunidad y las personas deben continuar recibiendo esquema antitetánico completo posteriormente.

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador