

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN CASO PROBABLE DE TOS
FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA
CHICO CHUPACA – JUNÍN 2014 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

MARILÚ RITA PÉREZ LAZO

Marilú R. Pérez Lazo

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | VOCAL |

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 306

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2214-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de Datos	28
3.2 Experiencia Profesional	28
3.3 Procesos Realizados del Informe	29
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIALES	41
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevenibles por vacuna siguen causando hoy en día una gran morbi mortalidad, a pesar que el uso de estas vacunas evita un gran número de casos y se disminuye la gravedad de los pacientes que lo padecen (1).

La tos ferina es una enfermedad infecciosa del tracto respiratorio y el ser humano reservorio y transmisor de la bacteria que desarrolla la enfermedad, que afecta especialmente a los niños menores (2).

El presente informe de experiencia laboral titulado "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA - JUNIN, 2014 - 2016" tiene como propósito investigar, controlar, informar y mejorar el accionar de la enfermera frente a un caso no confirmado de tos ferina que es una enfermedad prevenible por vacunacion.

Por lo que finalmente se propone que el profesional de enfermería que labora en el PNA aplique sus conocimientos y actue de manera correcta y oportuna.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El **capítulo I**: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el **capítulo II**: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el **capítulo III**: considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV**: resultados; **capítulo V**: conclusiones, **capítulos VI**: recomendaciones **capítulo VII**: referenciales, y un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática:

La tos ferina es una enfermedad muy contagiosa, con tasa de ataque hasta de 80% en personas susceptibles a ello. La transmisión es por vía respiratoria, es máxima antes de la aparición de los primeros síntomas y se extiende al menos 2 semanas después del inicio de la tos. Las epidemias de tos ferina ocurren cíclicamente cada 2-5 años (3).

En la actualidad, la tos ferina representa un problema de salud pública mundial, es una enfermedad muy contagiosa y, a pesar de la vacunación universal, se observa un aumento de incidencia, el estudio descriptivo de un brote poblacional de tos ferina entre febrero y junio del 2016 en Ecija (Sevilla), se identificó a 91 pacientes sospechosos, descartándose 33, los 58 restantes se identificaron como casos, clasificándose 42 casos confirmados y 16 probables (4).

En el Perú en el año 2016, hasta la semana epidemiológica (SE) 49 se notificaron 203 casos de tos ferina, dentro de los cuales hasta la semana 20 se reportaron 135 casos, siendo probables 88 y confirmados 47 casos respectivamente (5) (6).

Asimismo en la Región Junín de acuerdo a los datos obtenidos de la DGE del Hospital Materno Infantil de "El Carmen" en los años 2015

se reportaron 46 casos de los cuales 28 fueron negativo confirmados por laboratorio en donde prevalecen los menores de un año, y 2 confirmados positivos menores de un año, así mismo 16 fueron no confirmados (7).

Los sistemas de salud tienen como principal objetivo llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud de la población. Para lograr este cometido requieren información de calidad para la toma de decisiones operativas y estratégicas que permitan salvar vidas así como mejorar su salud y su calidad de vida. Esta información permite el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud; y sus resultados se aplican al control de enfermedades y de otros problemas sanitarios (5).

Todas estas acciones forman parte de la Epidemiología. Es decir la Sanitaria es la que capta, recibe, almacena y procesa datos sobre la salud de la población y sus determinantes sociales para elaborar información de calidad y analizarla con el objetivo de generar conocimiento en forma oportuna y plantear alternativas de solución a través de una comunicación efectiva que permita al personal de salud y a los decisores políticos identificar y resolver los problemas que afectan la salud de la población. Tiene una variedad de fuentes de datos que se originan en el nivel local y que incluye: informes clínicos, notificación de enfermedades de declaración obligatoria,

informes de laboratorio, resultados de patología, registros de defunción, etc. Gracias a ellos, los equipos de inteligencia sanitaria monitorean y analizan los cambios en la salud y la enfermedad de la población, incluyendo sus determinantes; proporcionan, interpretan y analizan información para apoyar las actividades de los servicios de salud (formas de uso y cambios en los servicios); y ayudan a que las decisiones estratégicas sean tomadas sobre la base de la evidencia. En definitiva, la Inteligencia Sanitaria se sustenta en la vigilancia epidemiológica y en el análisis de situación de salud (5).

La OMS recomienda realizar la vigilancia de la enfermedad, lo que permitirá monitorizar el impacto de la vacunación en la incidencia de la enfermedad, identificar áreas de alto riesgo e identificar brotes. Para esto debe hacerse un reporte mensual de los casos sospechosos y confirmados, siendo necesario también el reporte negativo. Todos los brotes deben ser investigados inmediatamente y confirmados por laboratorio. En países con baja incidencia de pertusis (donde la cobertura con la vacuna DPT es mayor del 80%) debe registrarse información sobre el grupo de edad y el estado de inmunización. La vigilancia puede ser basada en casos, activa, centinela y/o tamizajes ocasionales y/o confirmación laboratorio de los casos sospechosos (8).

1.2. OBJETIVO

Describir las intervenciones de enfermería en caso probable de tos ferina en el Puesto de Salud de Huamancaca Chico Chupaca - Junín 2014 - 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN:

El presente informe es dar a conocer la intervención que la enfermera realiza frente a una notificación de un caso probable de tos ferina en el Puesto de Salud de Huamancaca Chico con el propósito de mejorar el accionar del personal de enfermería que labora en el primer nivel de atención ante una enfermedad prevenible por vacunación.

Nivel teórico: El presente estudio servirá para que el personal que labora en el primer nivel de atención tengan los conocimientos suficientes en cuanto al procedimiento completo, desde que ocurre la notificación de un caso probable, el monitoreo frente a la búsqueda de nuevos casos dentro de la comunidad hasta lograr los resultados esperados.

Nivel social: El informe permitirá la concientización del personal de salud para fomentar las actividades preventivas promocionales, asimismo contribuirá a que la población conozca sobre la tos ferina mediante la educación que se brindara durante la intervención. La enfermera debe lograr tener una conciencia colectiva porque son parte del problema y la solución. El objeto es profundizar las acciones de gestión de la enfermera, para desarrollar una serie de

medidas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en la comunidad.

Nivel práctico: Que el personal de salud realice el seguimiento continuo y sistemático de los casos de Tos ferina, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

Nivel económico: La realización de la búsqueda activa frente al bloqueo para la búsqueda de casos nos conlleva a un gasto económico por que se moviliza recursos humanos y requerimiento de recursos materiales, así como: el mapa de sectorización (subdividido en A,B,C,D) hoja de registro de paloteo de casas, registro de vacunación, un termo KST conteniendo biológicos (pentavalente, rotavirus, neumococo, IPV y DPT), tacho de residuos contaminados, jeringas, torundas de algodón, jabón, rotafolio, y tizas de colores (azul, rojo , verde, negro).

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

1. **F. de la Hoz; M. E. Martínez Duran;** en el documento titulado "Tos Ferina" Minsalud, Colombia (2014) El presente evaluó la incidencia de casos de Tos ferina, luego de la introducción de la vacuna de DPT en 1980; año en el cual se alcanzó una cobertura del 15% y una incidencia de 28,5 casos por 100.000 habitantes se observó una tendencia a la disminución de casos de Tos ferina, sin embargo, en la figura 6 se evidencian la presentación de picos ó comportamiento cíclico del evento en el país, antes del 2000 el picos epidémicos se presentaban en promedio cada cuatro años y después del 2000 cada dos a tres años. Los último tres picos en Colombia fueron en 2006, 2009 y 2012, en este último año se tuvo una incidencia de 8,5 casos por 100.000 habitantes, la más alta en los últimos 20 años. En 2013 la notificación disminuyo en un 21,67% en comparación con el 2012 mostrando una incidencia en población general 5,84 casos por cada 100.000 habitantes (13).

2. **J. SANTOS GARCÍA** realizó el trabajo de investigación titulado "Perfil Clínico y epidemiológico de la Tosferina" El Salvador (2012). En el año 2012 se reportaron 580 casos sospechosos de tos ferina, 316 los cuales fueron ingresados a algún hospital de la red nacional, y 32 casos fueron confirmados por laboratorio (todos por cultivo). El 62,5% (20) de los confirmados se presentaron en los departamentos de San Salvador y La Libertad. Los niños de 4 meses o menos resultaron los más afectados (30 de 32). El 92,4% (292) de los ingresos hospitalarios por sospecha de tos ferina fueron menores de 1 año de edad. La letalidad específica fue de 1,9% en los casos catalogados como sospechosos; esta subió a 6,25% de los casos confirmados (15).

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

1. **V. SUAREZ MORENO; H. HERNÁNDEZ DÍAZ** en un Proyecto conjunto de la Oficina de Epidemiología titulado "Pertusis" del MINSAs, OGE, INS Lima (2000) el presente estudio se evaluó la incidencia y control de la enfermedad, el número de **casos probables** de Pertussis en los años 1994 fue de 3123 casos y 1998 de 2441 casos, hay un significativo incremento de casos, manteniéndose elevado incluso hasta 1999 de 2162 casos, y los **casos confirmados**

entre 1998 y 1999 fueron de 357 y 272 casos respectivamente. Y la tasa de Incidencia en esos años fue mayor en los menores de 1 año, seguido de los menores de entre 5 a 9 años, en la que se tuvo que incrementar la cobertura de vacunacion y vigilancia como intervenci3n de salud (8).

2 DR. J. L. SEGOVIA JUÁREZ, B. HUAREZ SOSA, G RENGIFO GARCÍA, A. G. MALDONADO, J. SÁNCHEZ SILVA. En el boletín del INS Perú (2015) sobre las enfermedades de informaci3n obligatoria dan a conocer la incidencia de casos de tos ferina. Hasta el 26 de junio de 2015, el INS ha recibido 438 muestras de hisopado nasofaríngeo para realizar exámenes para la detecci3n de Bordella pertussis. Dichas muestras pertenecen a pacientes según fecha de inicio de los síntomas de este año. De las muestras recibidas hasta la SE 26, 48 muestras resultaron positivas, de los cuales se tiene 48 casos positivos a Bordella pertussis por inmunofluorescencia directa.

El 85,42% de los casos positivos son pacientes procedentes de los departamentos de Lima, Ayacucho, La Libertad, y Arequipa (18).

2.2. Marco conceptual.

2.2.1. Contacto: Cualquier persona expuesta a un caso probable de Pertusis entre una semana antes y tres semanas después del inicio de la tos paroxística.

2.2.2. Niño adecuadamente Vacunado: Todo niño que antes de cumplir el primer año de edad recibió tres dosis de vacuna Pentavalente o DPT (triple), a partir de los dos meses de edad, con intervalo mínimo de dos o un mes respectivamente entre una dosis y la siguiente (la cohorte de niños menores vienen recibiendo pentavalente).

2.2.3. Niño inmunizado: Todo niño adecuadamente vacunado que ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal. Considerar que la eficacia del componente "P" de la pentavalente/ DPT es del 80%.

2.2.4. Niño susceptible: Todo niño menor de 5 años que no ha sido vacunado adecuadamente, o que no ha desarrollado anticuerpos al antígeno vacunal (ineficacia del componente "P" de la vacuna pentavalente/ DPT es igual al 20%). La mayoría de los niños vacunados de aproximadamente 10-12 años y mayores pueden ser susceptibles por pérdida de inmunidad.

2.2.5. Fase Catarral: Esta es la etapa más contagiosa de la pertusis, dura generalmente cerca de dos semanas. La enfermedad comienza insidiosamente, más o menos tienen parecido de un resfrío común, con el estornudo, una secreción nasal, pérdida de apetito y una tos molesta en la noche.

2.2.6. Fase Paroxística: Los síntomas clásicos comienzan con una tos aguda (tos ferina) de 5-15 episodio o ataques consecutivos de tos por la única respiración, seguida por un chillido agudo tal como las personas que inhalan profundamente. Los momentos adelante otro acceso de tos ocurre, acompañado a veces de sensación de falta de aire y vómitos. La persona infectada aparece generalmente normal entre los ataques. La tos es generalmente peor en la noche. La fiebre es a menudo ausente o mínima a través del curso de la enfermedad. La fase paroxismal puede durar una a seis semanas.

2.2.7. Fase Convaleciente: Puede persistir por tres semanas a tres meses (siete semanas en promedio). Incluso después de la recuperación, es clásico que episodios de tos puede retirarse por meses. Esto es generalmente porque la persona está desarrollando otra infección respiratoria superior que pueda irritar las vías aéreas previamente dañadas.

2.2.8. Caso Probable de Pertusis:

a) En niños menores de 3 meses: Niño con cuadro clínico inespecífico de infección de vía respiratoria alta, llegando hasta el apnea y cianosis, desencadenados por estímulos (por eje. Alimentación) con antecedentes de contacto con caso probable de pertusis.

b) En mayores de 3 meses: Toda persona mayor de 3 meses con tos que dura al menos 2 semanas y con uno o más de los siguientes síntomas:

- Paroxismo de tos (es decir, ataques repetitivos).
- Estertor al respirar.
- Vómitos postusivos (es decir, vómitos inmediatamente después de la tos).

Los lactantes son los primeros en acceder un servicio de salud, ellos comúnmente se infectan a partir de Casos probables de pertussis que pueden ser generalmente la madre, el padre, niños mayores o adultos, estos casos primarios son difíciles de identificar por comportarse generalmente como oligosintomaticos que casi siempre acuden tardíamente a un EE.SS.

- Tos persistente duradera mayor de dos semanas y sin chillido.

- Síntomas más suaves que simula bronquitis o asma.
- Síntomas clásicos.

En todos estos casos el lactante menor caso probable de Pertusis debe ser considerado como caso índice.

2.2.9. Caso confirmado de Pertusis:

- a) Por laboratorio: Caso probable con resultado de inmunofluorescencia directa (IFD) positivo, reacción de cadena de polimerasa (PCR) positivo y/o aislamiento de bordetella pertussis.
- b) Por nexa epidemiológico: Caso probable que tuvo contacto durante el periodo de transmisibilidad con un caso confirmado por laboratorio.

2.2.10. Caso descartado de Pertusis:

Caso probable con resultados negativos de laboratorio y sin nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. Todo resultado positivo confirma el caso, pero el resultado negativo de laboratorio no lo descarta; por lo que siempre es necesario verificar la no existencia de nexa epidemiológico con un caso confirmado (9).

2.2.11. Periodo de transmisibilidad: Es la posibilidad que un caso tiene de contagiar a un contacto, desde la fase catarral hasta 3 semanas después de comenzar los paroxismos.

- Las persona con Pertusis son más infecciosas durante la fase catarral y las primeras tres semanas después del inicio de la tos (es decir, aproximadamente 28 días)
- Con el propósito de la vigilancia e intervención: La persona es más eficiente en expandir la enfermedad una vez la tos comienza. Para determinar el periodo de transmisibilidad desde el caso hacia el contacto, tomar el inicio de la tos y extenderlo por los siguientes 28 días o hasta que la persona ha terminado siete días completos de un antibiótico apropiado.

2.2.12. Modo de Transmisión: La enfermedad se transmite por contacto directo (persona a persona) a través de las gotas de secreciones de las mucosas respiratorias de una persona infectada a una susceptible en un rango de un metro de distancia.

2.2.13. Periodo de incubación: El periodo de incubación dura normalmente entre 6 y 10días, con un rango de 4 a 21 días (10).

2.2.14. Vacuna Pentavalente:

- a) Descripción:** Es una vacuna combinada que previene la difteria, tétanos, tos ferina, neumonías y meningitis por *Haemophilus Influenzae* tipo b y la infección por el virus de la Hepatitis B.
- b) Agente Inmunizante:** Contiene 5 antígenos: toxoide diftérico, toxoide tetánico, bacterias inactivadas de *Bordetella Pertussis*, polisacárido conjugado de *Haemophilus Influenzae* tipo b y antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.
- c) Indicación:** Se administra a las niñas y niños menores de 1 año a partir de los 2 meses y a las niñas y niños de 1 a 4 años 11 meses 29 días, que no hayan recibido la vacuna o tengan el esquema de vacunación incompleto.
- d) Dosis y vías de administración:** Debe administrarse en 3 dosis; a los 2,4 y 6 meses de edad.
 - a.** Cada dosis de 0.5cc con un intervalo de dos meses entre dosis.
 - b.** En la niña y niño menor de 1 año, se administra por vía IM en el musculo vasto externo que corresponde a la cara antero lateral externa del muslo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25G x 1".
 - c.** En la niña y niño de 1 a 4 años, se administra vía IM, en el tercio medio del musculo deltoides de la parte superior de

la cara lateral externa del brazo, (región deltoidea), con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25G x 1”.

e) Uso simultáneo con otra vacuna: Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas del esquema de vacunación. Debiendo ser aplicadas en sitios anatómicos diferentes.

f) Posibles efectos Post-vacunales: Son poco frecuentes pudiéndose presentar:

Reacciones locales:

- Fiebre, enrojecimiento o hinchazón en el lugar donde se aplicó la vacuna, con induración 1cm (alrededor de 1 cada 10 niñas y niños).
- Dolor o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la vacuna, acompañado de eritema (alrededor de 1 cada 10 niñas y niños).

Reacciones generales:

- Fiebre de 38° 39°C (hasta alrededor de 1 cada 10 niñas y niños).
- Irritabilidad.
- Menos frecuentes convulsiones tipo espasmos o crisis de ausencia (alrededor de 1 cada 14,000 niñas y niños).

- Llanto continuo, durante 3 horas o más (alrededor de 1 cada 1,000 niñas y niños).
- Fiebre alta mayor de 39°C (alrededor de 1 de cada 16,000 niñas y niños).

g) Contraindicaciones:

- En niños y niñas mayores de 5 años.
- En niñas y niños que han presentado reacciones adversas a la aplicación de la primera dosis de vacuna pentavalente (11).

2.2.15. Vacuna contra la Difteria, Pertusis y Tétanos (DPT):

- a) Descripción:** Vacuna triple bacteriana que contiene protección contra los agentes causales de la difteria, tétanos y pertusis o tos convulsiva.
- b) Agente Inmunizante:** Es una asociación de toxoides tetánico y diftérico Purificados, a partir de los cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* absorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y 3 antígenos purificados de *Bordetella Pertussis*.
- c) Indicación:** Se administra como refuerzo en las niñas y niños a los 18 meses y a los 4 años.
- d) Dosis y vía de administración:** Se administra 0.5 ml por vía IM, en el tercio medio del músculo deltoides de la parte superior de la cara lateral externa del brazo, (región

deltoides), con jeringa descartable y aguja retráctil de 1cc y aguja 25G x 1".

- e) **Uso simultaneo con otras vacunas:** Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas del esquema de vacunación.

Debiendo ser aplicadas en sitios anatómicos diferentes.

- f) **Posibles efectos post vacunales:** Puede aparecer fiebre entre 38 y 39°C dentro de las primeras 48 horas, acompañada o no de irritabilidad, Somnolencia e hiporexia. Puede formarse absceso o empastamiento en la zona de inyección.

g) **Contraindicaciones:**

- Está contraindicado en personas mayores de 5 años.
- Está contraindicado en personas que han presentado reacción a dosis previa de la vacuna o alguno de sus componentes.
- Ante la presencia de enfermedad febril aguda y grave.
- Antecedentes de enfermedad neurológica progresiva, como síndrome de Guillain-Barre, síndrome de West, epilepsia no controlada.
- En personas que hayan padecido trombocitopenia transitoria (11).

Esquema nacional de vacunación para tos ferina

Edad	Tipo de vacuna	Dosis	Vacuna combinada con los componentes para:	Vía
A los 2 meses	Pentavalente*	1 dosis	Difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B	IM
A los 4 meses	Pentavalente	2 dosis	Difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B	IM
A los 6 meses	Pentavalente	3 dosis	Difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B	IM
Al año de la tercera dosis (18 meses)	DPT	1er refuerzo	Difteria, tétanos, tos ferina,	IM
A los 4 años	DPT	2do refuerzo	Difteria, tétanos, tos ferina	IM

2.2.16. Vigilancia epidemiológica: Se entiende a la recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública.

Analizar los datos que aporta la Vigilancia epidemiológica permite conocer la distribución de los factores que afectan directa o indirectamente la salud de la población, identificando precozmente los hechos que impliquen un riesgo para la salud pública. Es sustento para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud y una de las principales herramientas para conocer el comportamiento de las enfermedades, en particular de las que tienen potencial epidémico, permitiendo generar acciones para limitar su impacto (12).

2.2.17. Notificación:

- a) **Inmediata Individual:** Todos los casos de tos ferina probable o por confirmar deben ser notificados de manera inmediata e individual.
- b) **Notificación semanal:** Los casos probables y confirmados de tos ferina deben reportarse semanalmente de conformidad a la estructura y contenidos mínimos establecidos en el subsistema de información para la vigilancia de los eventos de interés de salud pública de la unidad notificadora (13).

2.2.18 Base Teórica de Enfermería:

El presente informe está sustentada en la base teórica de:

Madeleine Leininger. Que habla del cuidado de la enfermería transcultural.

La enfermería transcultural es, en palabras de Madeleine Leininger (1999: 6), su fundadora: un "área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte". No obstante esta definición no ayuda demasiado a comprender exactamente el significado de ésta área de conocimiento.

¿Qué significa enfermería transcultural? La enfermería puede definirse como el conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima tanto para la persona como para la sociedad, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos. La enfermería puede considerarse, por tanto, una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad. Pero hay algo importante que no se debe perder de vista, y es la interacción del paciente con su propia

enfermedad. Él debe colaborar en la prevención y lucha contra la enfermedad, y es aquí donde el trato con el paciente cobra sentido, en la fundamental interrelación que se establece entre los y las enfermeras y el paciente (16).

FUENTES TEORICAS

Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras.

Por tanto, la teoría esta enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y practicas, todo con la ética adecuada.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida.

pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

CONCEPTOS SEGUN LA TRANSCULTURACION

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos, incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.

Es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Etnoenfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan

entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas (17).

Relaciono esta teoría con mi trabajo por que el profesional de enfermería cada vez tiene una variedad de pacientes que vienen de diferentes culturas, migran de zonas rurales a las ciudades llevando consigo diversas costumbres y creencias de salud, de ahí la necesidad de conocer las maneras de pensar de ellos para comprenderlos desde su perspectiva de entender que es la salud y la enfermedad. Por ello la enfermera debe realizar actividades de gestión para la prevención, promoción y control de las enfermedades en su comunidad y saber como actuar frente a un brote o casos probables. La enfermera debe preocuparse y estar siempre vigilante de la salud de los individuos, familia y de su comunidad.

Al presentarse un caso probable de Tos Ferina en mi comunidad y recibir la notificación, inmediatamente se planificó, organizó y coordinó con las autoridades centrales de salud actividades para llevar a cabo el bloqueo y monitoreo de la vacunación casa por casa en 4 manzanas a la redonda, así como la capacitación al personal de salud para la sensibilización de la población al acceso de la búsqueda activa.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Intervención de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados (14).

Tos Ferina: La tos ferina es una enfermedad muy contagiosa, con tasa de ataque hasta de 80% en personas susceptibles a ello. La transmisión es por vía respiratoria, es máxima antes de la aparición de los primeros síntomas y se extiende al menos 2 semanas después del inicio de la tos. Las epidemias de tos ferina ocurren cíclicamente cada 2-5 años (3).

Caso probable: Caso que cumple con los criterios de la definición clínica de caso y que no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio (12).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para realizar el presente informe se recolecto información de la base de datos de la Dirección General de Epidemiología del Centro de Salud de Chupaca y de la DGE de la Red de Salud Valle del Mantaro correspondientes a los años 2014 – 2016, para lo cual se contó con las respectivas autorizaciones se hizo uso del programa de Excel para la elaboración de los gráficos y cuadros respectivos.

3.2. Experiencia profesional:

Inicie mi experiencia laboral en el área de Salud Pública en el año 2012, específicamente en la Estrategia Nacional de Inmunizaciones en el Puesto de Salud de Yanacancha donde labore por 8 meses trasladándome luego para el P.S. de Huamancaca Chico y actualmente me encuentro laborando en el P.S. de Racracalla ya como personal estable en calidad de nombrada, también como responsable de ESNI aplicando mis conocimientos en dicha área, donde se atiende diariamente a niños menores de 5 años, pre- escolares, escolares, adolescente y adultos, que acuden al establecimiento a libre demanda.

El escenario de estudios fue en el P.S. de Huamancaca Chico, ubicado en la provincia de Chupaca a 3266 msnm, cuenta con una población de 5955 habitantes, 481 menores de 5 años y 125 menores de un año; un 70% de la población se dedica a la agricultura y un 30% a la ganadería, la mayoría de vivienda de material rustico, el 85% de la población cuenta con agua potable, 90% con servicios de energía eléctrica de las cuales solo el 50% de viviendas cuentan con desagüe.

En cuanto a la respuesta social cuenta con un Puesto de Salud que atiende 6 horas de lunes a domingos, 1 Médico que atiende las consultas y emergencias, 3 Lic. Enfermería encargados de área Etapa Vida Niño, 2 Obstetras, 1 Odontóloga y 1 Técnico de enfermería, atendiendo diariamente un aproximado de 60 pacientes, para las referencias se cuenta con el C.S. Pedro Sánchez Meza – Chupaca, los Hospitales El Carmen y Daniel A. Carrión respectivamente.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe:

Actualmente laboro en el primer nivel de atención donde mi función es como responsable de las diferentes estrategias sanitarias.

La enfermería comunitaria, tal como lo dice su nombre se ocupa de cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito de la comunidad.

Así, es mucho más abarcativa que la enfermería individual ya que

supone beneficios para un grupo poblacional más amplio. Cuando hablamos de enfermería comunitaria entonces hacemos referencia al trabajo que de los profesionales de la salud realizan para asegurarse que determinadas enfermedades y virus no se expandan en la comunidad tomando así acciones en el proceso para la educación de la salud, cumpliendo un rol importante en la gestión de la atención y a la vez realizando la función de investigación por que se mantiene vigilante ante cualquier ocurrencia para tomar acciones inmediatas de control frente a un brote; tambien cumple funciones de docencia brindando educación sanitaria a las personas, familias y comunidad, educación al equipo sanitario, capacitándolos para cumplir las actividades de competencia que se presenten.

Escenario:

El presente caso fue seleccionado en el Primer Nivel de Atención Primaria P.S. de Huamancaca Chico donde se presentó un casos de Tosferina una en el año 2014, en la cual participe directamente por ser responsable de la ESNI, su descripción conllevara a relacionar las funciones y acciones que realiza la enfermera en el quehacer diario con respecto a lo teórico práctico frente a las decisions que debe tomar.

Proceso realizado:

Se realizó el proceso de investigación del caso notificado:

1. Inmediatamente recibido la motivación se realiza la visita domiciliaria para la investigación del caso donde se tomó la siguiente información:
 - Verificación del carnet de vacunación del menor
 - Antecedentes de la enfermedad.
 - Censo de los contactos.
2. Luego se fue al hospital para reunir más información del paciente donde se constató que se le haya tomo la muestra de hisopado nasofaríngeo (HNF).
3. Se planifico, organizo, ejecuto y evaluó las actividades a seguir para el bloqueo y control del caso.
4. Al día siguiente se realizó las coordinaciones con la responsable de epidemiologia del Centro de Salud de Chupacá para realizar la intervención de la Búsqueda Activa solicitando personal de salud de apoyo para el bloqueo y vacunación casa por casa a 4 manzanas a la redonda desde el domicilio del caso notificado.
5. Se realizó capacitación y sensibilización al personal de salud con respecto a la enfermedad y a las actividades a realizar.
6. El día 6/3/2014 nos reunimos en el establecimiento para organizar el bloqueo donde se formó cuatro grupos los cuales los cuales estaban conformados por un vacunador, un anotador y a

cada uno se le entrego lo siguiente: el mapa de sectorización (subdividido en A,B,C,D) hoja de registro de paloteo de casas, registro de vacunacion, un termo KST conteniendo biológicos (pentavalente, rotavirus, neumococo, IPV y DPT), tacho de residuos contaminados, jeringas, torundas de algodón, jabón, rotafolio, y tizas de colores (azul, rojo , verde, negro).

7. A las 7:30 am se llegó al domicilio del caso probable de donde nos repartimos a los 4 lados a la redonda y los lugares que comprendían, Barrio Centro, Barrio Quillish, Barrio Miraflores y Barrio Aurora.

73	74	75	76	77	78	79	80	81
72	42	44	46	46	47	48	49	50
71	42	21	22	23	24	25	26	51
70	41	20	7	8	9	10	27	52
69	40	19	6		2	11	28	53
68	39	18	5	4	3	12	29	54
67	38	17	17	15	14	13	30	55
66	37	36	35	34	33	32	31	56
65	64	63	62	61	60	59	58	57

8. Cada grupo estaba encargado de vacunar a los niños menores de 5 años que no contaban con el calendario completo de vacunacion, también se encargaron de brindar educación sobre la importancia de la vacunacion y sobre la Tos ferina a todos los padres de las casas abiertas con y sin niños.

9. Se culminó a las 12:30 aproximadamente recogiendo toda la información de cada grupo.
10. Se elaboró el informe respectivo del bloqueo, referente principalmente de la vacunación, búsqueda activa y monitoreo de coberturas

IV. RESULTADOS

CUADRO N°4.1

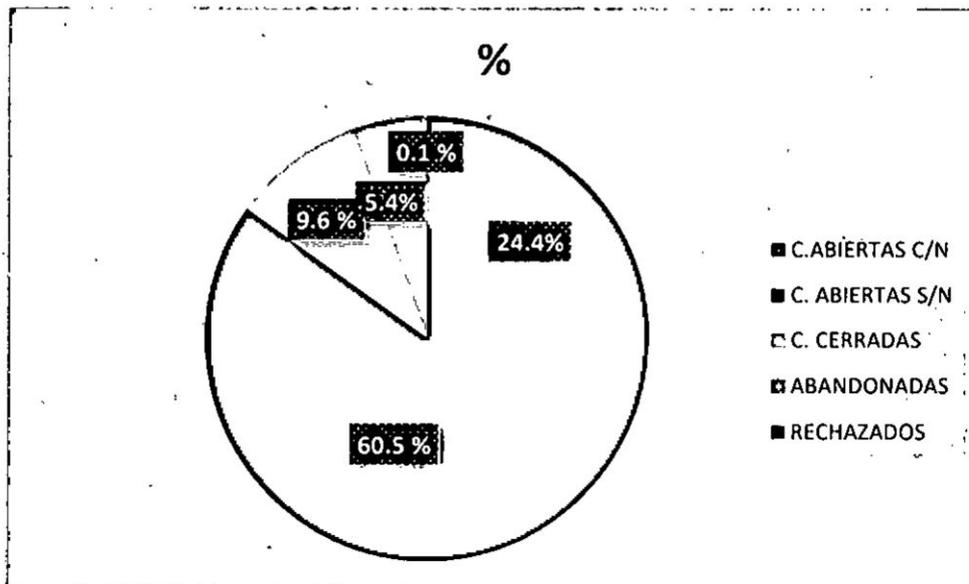
CASAS INTERVENIDAS EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 - 2016

CASAS INTERVENIDAS	N°	%
C. ABIERTAS C/N	140	24.4
C. ABIERTAS S/N	347	60.5
C.CERRADAS	55	9.6
ABANDONADAS	31	5.4
RECHAZADOS	1	0.1
TOTAL	574	100.0

FUENTE: OFICINA DE ESTADISTICA (2014)

GRAFICO N°4.1

CASAS INTERVENIDAS EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 – 2016



INTERPRETACION: Del 100% de las casas intervenidas en el bloque realizado nos muestra que en el 60.5% se encontraron casas abiertas sin niños, el 24.4% casas abiertas con niños y solo 9.6% de casas cerradas.

CUADRO N°4.2

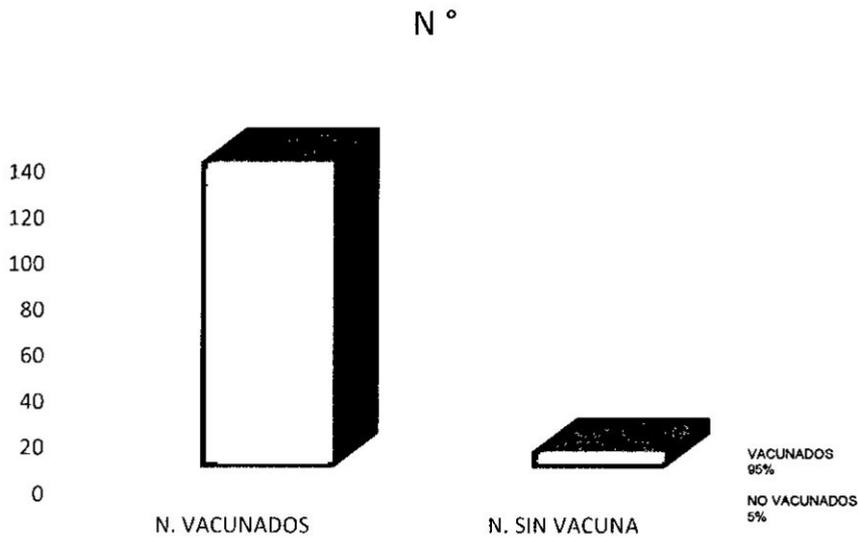
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS INTERVENIDOS EN EL BLOQUEO DEL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA JUNIN 2014 - 2016

NIÑOS INTERVENIDOS BLOQUEO	N°	%
N. VACUNADOS	133	95.0
N. SIN VACUNA	7	5.0
TOTAL	140	100.0

FUENTE: OFICINA DE ESTADISTICA (2014)

GRAFICO N° 4.2

NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS INTERVENIDOS EN EL BLOQUEO DEL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA JUNIN 2014 - 2016



INTERPRETACION: Del 100% de niños menores de 5 años intervenidos se encontraron a un 5% que no contaban con sus vacunas completas y un 95% si tenían todas sus vacunas.

CUADRO N° 4.3

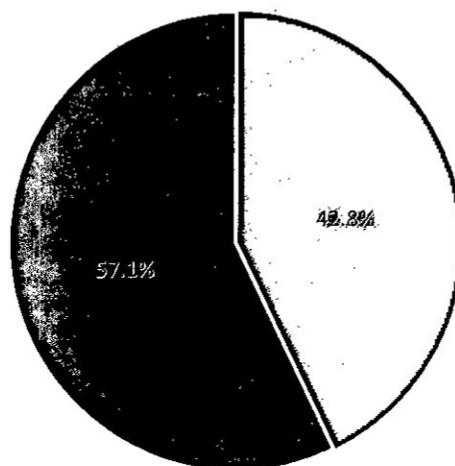
NIÑOS VACUNADOS DE ACUERDO A SEXO EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 - 2016

N° DE NIÑOS DEACUERDO A SEXO	N°	%
MASCULINO	3	42.8
FEMENINO	4	57.1
TOTAL	7	100.

FUENTE: OFICINA DE ESTADISTICA (2014)

GRAFICO N° 4.3

NIÑOS VACUNADOS DE ACUERDO A SEXO EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 - 2016



■ MASCULINO ■ FEMENINO

INTERPRETACION: Del 100% de niños vacunados en el bloqueo realizado según sexo 57.1% son de sexo femenino y el 42.8% de sexo masculino

CUADRO N° 4.4

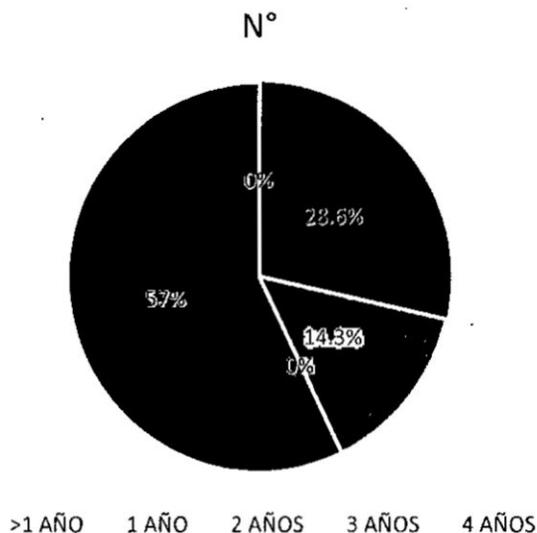
NIÑOS VACUNADOS DE ACUERDO A EDAD EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA - JUNIN 2014 - 2016

EDAD	N°	%
>1 AÑO	0	0
1 AÑO	2	28.6
2 AÑOS	1	14.3
3 AÑOS	0	0
4 AÑOS	4	57
TOTAL	7	100.0

FUENTE: OFICINA DE ESTADISTICA (2014)

GRAFICO N°4.4

NIÑOS VACUNADOS DE ACUERDO A EDAD EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA - JUNIN 2014 - 2016



INTERPRETACION: Del 100% de niños vacunados en el bloqueo realizado según edad, el 57.1% de los niños son de 4 años, seguido de 28.6% de los niños son de 1 año y 14.3% de 2 años que equivale a 1 niño.

CUADRO N° 4.5

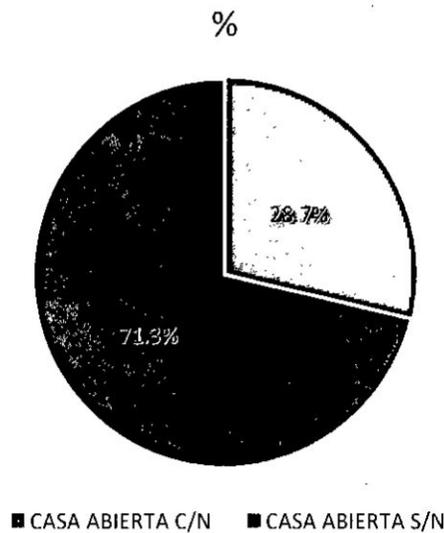
FAMILIAS QUE RECIBIERON EDUCACION EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 - 2016

FAMILIAS QUE RECIBIERON EDUCACION	N°	%
CASA ABIERTA C/N	140	28.7
CASA ABIERTA S/N	347	71.3
TOTAL	487	100.0

FUENTE: OFICINA DE ESTADISTICA (2014)

GRAFICO N° 4.5

FAMILIAS QUE RECIBIERON EDUCACION EN EL CASO PROBABLE DE TOS FERINA EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAMANCACA CHICO CHUPACA – JUNIN 2014 - 2016



INTERPRETACION: Del 100% de las familias intervenidas que recibieron educación el 71.3% se dieron a padres de casas abiertas sin niños y el 28.7% a padres de casas abiertas con niños.

V. CONCLUSIONES

1. Nos permitió investigar a los contactos directos e indirectos del caso probable de tos ferina inmediatamente notificados, realizando la búsqueda activa y bloqueo en las 4 manzanas a la redonda del domicilio del caso.
2. Se logró identificar a los niños menores de cinco años que no contaban con sus vacunas completas de acuerdo al calendario de vacunación, siendo solo un 5% que equivalen a 7 niños de entre 1-4 años de edad.
3. Nos permitió realizar una evaluación de la cobertura por monitoreo rápido, obteniendo como resultado que nuestra gestión fue efectiva por que la cobertura fue igual al 95% lo que indica que el área intervenida se considera como adecuadamente vacunado.
4. Nos permitió a la vez, realizar actividades de sensibilización y educación a cada una de las familias de las casas abiertas con y sin niños que se intervino, logrando que un 85% de familias conozcan sobre la tos ferina, sus complicaciones y las formas de prevenir destacando la importancia de la vacunación.

V. RECOMENDACIONES

1. Capacitar a los profesionales de enfermería que trabajan en salud pública en prevención, control, vigilancia activa, uso correcto de definición de caso y correcto llenado de las fichas epidemiológicas en casos probables de tos ferina y otras enfermedades prevenibles.
2. Realizar el bloqueo inmediatamente después de recibido la notificación epidemiológica del caso.
3. Capacitar al personal de salud sobre detección y diagnóstico de casos y ventajas de la vacunación, con especial énfasis en los profesionales que atienden los servicios
4. Realizar el análisis de las coberturas de vacunación en los niños menores de 5 años y en el indicador de deserción.
5. Realizar la búsqueda de contactos durante 21 días después de realizado el bloqueo.
6. Realizar educación constante a la población comunitaria sobre las enfermedades prevenibles por vacunas.
7. Mantener actualizado la sectorización, la sala situacional y los cuadros de deserción y cobertura de las vacunas en cada establecimiento de salud.

VI. REFERENCIALES

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2012) Protocolo de vigilancia y alerta de tos ferina - Junta de Andalucía.Pag.3. disponible en:
www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/.../documentos/p.../p_tosferina.pdf
2. **G. Fidela Pérez Pérez, T. Rojas Mendoza, D. Alejandro Cabrera, C. Grajales Muñiz**, PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA TOS FERINA, 19 años de estudio epidemiológico en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2015; 53(2):164-7.
3. **A. Albitre Sanz, A. B.Serrano Casado, A. Nombela, M. Candalija, M. Vergara, B. Campos**, Caso Clínico: “Tos Ferina”. Cuidados de Enfermería en el Niño con Problemas Respiratorios.(2017).Pág.(1).
4. **M. Porras Povedano (1), A. Roldan Garrido (1) y V. Santacruz Hamar (2)**, Brote Epidémico por Tos Ferina en Ecija (Sevilla), 2016, Esp. Salud Pública. 2017; Vol. 91; 18 de enero e1-e10, Pag.2.
5. Boletín Epidemiológico del Perú. 2016. Resumen de las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia epidemiológica a la semana epidemiológica 49; 25 (49). Pág. 1102-1107.
6. Distribución de Tos Ferina por distritos Perú 2016 – DGE, disponible en:
www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE01/tosf.pdf
7. Dirección General de Epidemiología del Hospital Docente Materno Infantil El Carmen.

8. **V. Suarez Moreno, H. Hernández Díaz**, Un Proyecto Conjunto de la Oficina General de Epidemiología (OGE) El Instituto Nacional de Salud (INS), "PERTUSIS", Lima-2000. Disponible en; bvs.minsa.gob.pe/local/OGEI/792_MS-OGE147.pdf.
9. Compendio de Definiciones de Caso de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, (RENACE) Pag.5-6, Lima-Perú 2011.
10. Protocolo de Vigilancia y Control de Tos Ferina. Vigilancia y Control en Salud Publica, Pág.: 4, marzo 2013.
11. NTS N° 080 – MINSA/DGIESP – V.04,"Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación", R.M.N° 651/MINSA – Pág.: 11-22, 31 Agosto 2016.
12. Vigilancia Epidemiológica disponible en <https://www.rosario.gov.ar/mr/.../vigilancia/vigilancia-epidemiologica-generalidades>.
13. **F. de la Hoz; M. E. Martínez Duran**; Protocolo de Vigilancia en Salud Publica" Tos Ferina" – Instituto Nacional de Salud. Colombia Jun 2014. Disponible en: www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion.../PRO%20Tos%20ferina.pdf
14. **G. M, Bulechek, Howard k. Butcher, j,McCloskey Dochterman**, "Clasificación de Intervenciones de enfermería" (NIC). 5° ed. España: Elsevir; 2012.
15. **J. Santos García**, "Perfil Clínico y epidemiológico de la Tosferina" para optar el grado de Maestría en Epidemiología de campo, Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Ciencias Humanísticas Guatemala (2015).
16. El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural disponible en:

www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html

17. El cuidado Madeleine Leininger disponible en:

<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwjmdPm9b3WAhWDxSYKHa9jD8QFgg2MAM&url=http%3A%2F%2Fteoriasdeenfermeriaunns.blogspot.com%2F2012%2F06%2Fmadeleineleininger.html&usg=AFQjCNHNU6M4in2SYv4WLXXE-wVyYkPfbw>

18. **Dr. J. L. Segovia Juárez, B. Huarez Sosa, G Rengifo García, A. G. Maldonado, J. Sánchez Silva.** Bol – Inst Nac Salud (Perú) 2015 Año 21 N.º 5 – 6 mayo – junio disponible en

<http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=boletin%2F2015%2FBOLETIN+MAY-JUN+2015.pdf>.

ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA	PERTUSIS, TOS FERINA O TOS CONVULSIVA FECHA DE INVESTIGACION CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA	FECHA:/...../..... CASOS Nº:																														
CASO PROBABLE: <ul style="list-style-type: none"> • En niños menores de 3 meses: cuadro clínico inespecífico de infección de vías respiratorias llegando hasta la cianosis y apnea desencadenados por estímulos (alimentación por ejemplo). Con antecedentes de contacto con casos de tos ferina. • En mayores de 3 meses: tos por más de 2 semanas con algunos de los siguientes síntomas y signos: paroxismos de tos, "estridor" inspiratorio, vómitos después de la tos y sin otra causa aparente que explique esa enfermedad. 																																
I. DATOS DEL PACIENTE APELLIDOS Y NOMBRES: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ años/meses SEXO: M() F() DOMICILIO DE REFERENCIAS: _____ LOCALIDAD: _____ DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ REGION: _____																																
II. INFORMACION CLINICA FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ____/____/____ <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. SINTOMAS Y SIGNOS</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%;">2. COMPLICACIONES</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>PAROXISMO DE TOS</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>NEUMONIA</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>INSPIRACIÓN RUIDOS AL</td> <td></td> <td></td> <td>DESHIDRATACION</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>FINAL DEL ACCESO</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>DESNUTRICION</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>VOMITOS DESPUES DE LA TOS</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>OTRAS</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table> HOSPITALIZACION: SI () NO () FECHA DE HOSPITALIZACION: ____/____/____ HOSPITAL O C. SALUD _____ Nº H. CLINICA: _____ CONDICION DE ALTA: _____ FECHA DE ALTA: ____/____/____ FALLECIDO: SI () NO () IGN () FECHA DE DEFUNCION: ____/____/____			1. SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	2. COMPLICACIONES	SI	NO	PAROXISMO DE TOS	()	()	NEUMONIA	()	()	INSPIRACIÓN RUIDOS AL			DESHIDRATACION	()	()	FINAL DEL ACCESO	()	()	DESNUTRICION	()	()	VOMITOS DESPUES DE LA TOS	()	()	OTRAS	()	()
1. SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	2. COMPLICACIONES	SI	NO																											
PAROXISMO DE TOS	()	()	NEUMONIA	()	()																											
INSPIRACIÓN RUIDOS AL			DESHIDRATACION	()	()																											
FINAL DEL ACCESO	()	()	DESNUTRICION	()	()																											
VOMITOS DESPUES DE LA TOS	()	()	OTRAS	()	()																											
III. ANTECEDENTE DE VACUNACION CARNET DE VACUNACION: TIENE () NO TIENE () <div style="text-align: center;"> DPT 1ºD () 2ºD () 3ºD () 1er REF. () 2ºREF. () FECHA DE ULTIMA DOSIS : ____/____/____ </div>																																
IV. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">NOMBRE</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">LUGAR</td> </tr> <tr> <td>1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				SI	NO	NOMBRE	LUGAR	1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO	()	()	_____	_____																				
	SI	NO	NOMBRE	LUGAR																												
1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO	()	()	_____	_____																												

2. CONTACTOS EN DOMICILIO <small>(MENORES DE 15 AÑOS)</small>	EDAD	SEXO	VACUNADO	CON TOS HOY
_____	_____	M() F()	SI() NO()	SI() NO()
_____	_____	M() F()	SI() NO()	SI() NO()
_____	_____	M() F()	SI() NO()	SI() NO()
3. OTROS CONTACTOS				
CONTACTOS EN EL ESTABLECIMIENTO ESCOLAR O LUGAR QUE FRECUENTA				
NOMBRE	VACUNADO	LUGAR		
_____	SI() NO()	_____		
_____	SI() NO()	_____		
_____	SI() NO()	_____		
_____	SI() NO()	_____		
V. MEDIDAS DE CONTROL				
	SI	NO	FECHA DE VACUNACION	
a) VACUNACION A CONTACTOS DOMICILIARIOS	()	()	____/____/____	
b) VACUNACION EN ESTABLECIMIENTOS ESCOLARES	()	()	____/____/____	
c) VACUNACION EN ZONA CERCANA AL CASO	()	()	____/____/____	
d) OTRAS				
VI. LABORATORIO				
	FECHA	RESULTADO		
TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO	____/____/____	_____		
TOMA DE MUESTRA PARA INMUNOFLUORESCENCIA	____/____/____	_____		
OTRAS	____/____/____	_____		
VII. DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
CONFIRMADO () NEXO EPIDEMIOLOGICO () DESCARTADO POR: _____ <small>(EN CASO DE BROTE)</small>				
VIII. INVESTIGADOR DEL CAMPO				
CARGO: _____				
ESTABLECIMIENTO: _____				
FECHA: ____/____/____				
_____ FIRMA Y SELLO				

MICRO RED CHUPACA
CENTRO DE SALUD CHUPACA



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE LABORATORIOS EN SALUD PÚBLICA

FICHA PARA DIAGNÓSTICO DEL LABORATORIO

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
DISA: _____	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____	
DIRECCIÓN: _____ TELEFONO/FAX: _____	
DATOS DEL PACIENTE:	
APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE _____
EDAD _____	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN: _____	
DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____	
OCUPACIÓN: _____	
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: _____	SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES
FECHA DE OBTENCIÓN DE MUESTRA: _____	<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Diarrea
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____	<input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Equimosis
INMUNIZACIONES: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS _____	<input type="checkbox"/> Erupción Dérmica <input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla _____	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Adenomegalias
<input type="checkbox"/> Hepatitis B _____	<input type="checkbox"/> Mialgias <input type="checkbox"/> Dolor Articular
<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Compromiso Sensorial <input type="checkbox"/> Visceromegalia
VIAJES: _____	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal
CONTACTO CON ANIMALES _____	<input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Cefalea
TRATAMIENTO RECIBIDO _____	<input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Rinorrea
OTROS: _____	OTROS: _____
DATOS SOBRE LA MUESTRA/CEPA:	La muestra/cepa corresponde a: CONTROL DE CALIDAD <input type="checkbox"/>
INVESTIGACIÓN DE BROTE <input type="checkbox"/>	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA <input type="checkbox"/>
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/>	(especificar proyecto) _____
PARTICULAR <input type="checkbox"/>	
MUESTRA QUE SE ENVÍA	EXAMEN SOLICITADO
<input type="checkbox"/> 1. Suero	_____
<input type="checkbox"/> 2. Sangre	_____
<input type="checkbox"/> 3. Heces	_____
<input type="checkbox"/> 4. LCR	_____
<input type="checkbox"/> 5. Cerebro	_____
<input type="checkbox"/> 6. Hisopado _____	_____
<input type="checkbox"/> 7. Biopsia	_____
<input type="checkbox"/> 8. Esputo	_____
<input type="checkbox"/> 9. Otra: _____	_____
CEPA QUE SE ENVÍA	_____
AUTORIZADO POR: _____	SELLO Y FIRMA DEL SOLICITANTE
(No firmar en caso de muestras parásitarias)	
FIRMA	

FECHA: _____
 BARRIO: _____
 VACUNADOR: _____
 ANOTADOR: _____

		PALOTEO	TOTAL	%
CASA ABIERTA CON NIÑO				
CASA ABIERTA SIN NIÑOS	X			
CASA CERRADA	0			
CASA RECHAZADA	R			
CASA ABANDONADA	A			

REGISTRO EN LOS CARNETS DE ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO:

1. Intervención de la primera fase: se utilizara el lapicero de color VERDE
2. Intervención de la segunda fase: se utilizara un lapicero de color AZUL
3. Intervención de la tercera fase: se utilizara el lapicero de color ROJO
4. Intervención de la tercera fase: se utilizara el lapicero de color NEGRO

