

ANEXO 2. FORMULARIOS PARA LA NOTIFICACIÓN DE CASOS

DATOS MÍNIMOS RECOMENDADOS PARA INCLUIR EN EL FORMULARIO DE VIGILANCIA

- Número de identificación del caso.
- Nombre, dirección, número telefónico o de fax, correo electrónico de la persona que completa el formulario de vigilancia.
- Nombre, dirección, número telefónico o de fax, correo electrónico del hospital o la clínica.
- Nombre del paciente, edad y género, raza y etnia, residencia, ocupación y lugar de trabajo.
- Resumen de los criterios clínicos evaluados en la primera hospitalización para la definición de vigilancia del caso.
- Datos importantes:
 - a) Fecha de comienzo de los síntomas
 - b) Fecha del primer contacto médico
 - c) Fecha de la primera hospitalización
 - d) Fecha de alta
 - e) Destinación (muerto/vivo)
- Estudio hematológico completo (mínimo):
 - a) Valor hematócrito
 - b) Hemoglobina
 - c) Recuento leucocítico (con recuento diferencial)
 - d) Plaquetas
- Radiografías de tórax.
- Saturación de oxígeno (si es posible).
- Detección de anticuerpos contra hantavirus (fecha, sitio, prueba escogida y resultados).
- Si el paciente falleció: resultados de la necropsia; resultados de estudios en muestras de tejido/persona con quien tuvo contacto.
- Antecedente de exposición a roedores (por ejemplo, excremento, nidos o madrigueras, manipulación de ratones, etc.), o contacto muy cercano con otro caso de SPH en las ocho semanas anteriores al comienzo de los síntomas.
- Antecedente de viajes en las últimas seis semanas.

EJEMPLO DE UN FORMULARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SPH

Formulario mínimo sugerido para la vigilancia epidemiológica del síndrome pulmonar por hantavirus (SPH)	
Fecha de la investigación: ____/____/____ No. de identificación: _____	
Nombre de la persona que completó este formulario: _____ Ocupación: _____ Información de contactos: _____	
Información institucional	
Fecha de comienzo de los síntomas: ____/____/____	
¿Se hospitalizó al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Número de hospitalizaciones desde el comienzo de la enfermedad: _____	
Primera hospitalización	
Nombre del hospital: _____	
Dirección del hospital: _____	
Estada en el hospital: ____/____/____ a ____/____/____	
No. de registro: _____	
Destinación: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto	
¿Se hizo necropsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo: ¿se dispone de muestra de tejido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Persona con quien tuvo contacto/número telefónico para muestras _____	
Si no fue hospitalizado, nombre y dirección del centro de atención primaria _____	

EJEMPLO DE UN FORMULARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SPH (continuación)

Información del paciente:			
Nombre: _____	Apellido: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza/etnia: _____	Dirección del hogar: _____		Ciudad: _____
Municipio o condado: _____	Estado: _____	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural
Ocupación: _____	Lugar de trabajo: _____		
 Información clínica:			
<i>Síntomas</i>	<i>Presencia</i>	<i>Valor/comentarios</i>	
Fiebre mayor de 38,3 °C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto o un cuadro similar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Necesidad de oxígeno suplementario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Infiltrados intersticiales bilaterales (en radiografías)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Enfermedad inexplicada que culminó en la muerte	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Estudios de necropsia que indicaron la presencia de edema pulmonar no cardiogénico sin una causa específica e identificable de muerte	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
<i>Pruebas diagnósticas</i>	<i>¿Se practicaron?</i>	<i>Resultados</i>	
Valor hematocrito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Hemoglobina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Recuento leucocítico con recuento diferencial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Recuento de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Radiografías de tórax	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Saturación de O ₂	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Otros estudios:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>¿Exposición?</i>	<i>Descripción</i>	
Antecedente de exposición a roedores en las ocho semanas anteriores al comienzo de los síntomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Contacto muy cercano con otro caso de SPH en las ocho semanas anteriores al comienzo de los síntomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
Otros:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	
 Caso confirmado:			
Caso confirmado: necesidad de ALGUNO de los estudios siguientes:			
<i>Pruebas de laboratorio</i>	<i>¿Se practicaron?</i>	<i>Centro en que se practicaron las pruebas</i>	<i>Resultados</i>
Presencia de IgM específica contra hantavirus o un incremento de cuatro veces o mayor en los títulos de anticuerpos IgG	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Resultados positivos en la reacción en cadena de la polimerasa-transcriptasa inversa respecto a ARN de hantavirus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Resultados inmunohistoquímicos positivos, de antígenos de Hantavirus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____