



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (SRC) - CÓDIGO CIE X: P35.0

CASO SOSPECHOSO DE SRC: Todo niño menor de 1 año en el cual:

1. Se le ha detectado uno o más de las siguientes anomalías: catarata/glaucoma congénito, retinopatía pigmentaria, microftalmia, déficit de la audición, cardiopatía congénita*, púrpura, trombocitopenia, hepatomegalia, esplenomegalia, microcefalia, meningoencefalitis, enfermedad ósea radiotransparente, retraso en el desarrollo psicomotor, ictericia (dentro de las 24 horas, después del nacimiento)

YO

2. Madre que cuente con historial de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) durante el embarazo.

*Cardiopatías congénitas más frecuentes: persistencia del conducto arterioso, estenosis arteria-pulmonar, comunicación interventricular, comunicación interauricular, entre otras.

Nota: los lactantes que nacieron con bajo peso al nacer deben ser examinados con rigurosidad en busca de algún defecto congénito descrito en la definición de caso sospechoso para SRC.

INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA:

Niño menor de un año con resultado positivo de anticuerpos IgM específicos para rubéola pero que no presenta ninguna manifestación clínica de SRC.

El menor debe ser evaluado para descartar la deficiencia auditiva a través de un procedimiento adecuado.

Table with 6 columns: Código de registro N°, Fecha de conocimiento local del caso, Fecha de notificación EE.SS a Red/Microred, Fecha de notificación Red/Microred a Dirección Regional de Salud, Fecha de notificación de Dirección de Salud a CDC, Fecha de investigación (visita domiciliaria)

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

1. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 2. RSS/RIS (Red de Salud): _____ 3. Micro red: _____ 4. EESS notificante: _____
5. Inst. Adm.: MINSAL EsSalud FF.AA./Sanidad Privado 6. Caso captado en: Emergencia Hospitalización Consultorio Externo Búsqueda Institucional

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Tipo documento: D.N.I () CE () PTP () Pasaporte () Otro (), especificar: _____ 8. N° documento: _____ 9. N° Historia Clínica: _____
10. Apellidos y Nombres: _____
11. Edad: Meses Días 12. Sexo: Masculino Femenino
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Nacionalidad: _____ 15. Pueblo étnico: _____
16. Etnia / raza: Mestizo ____ Andino ____ Asiático descendiente ____ Afro descendiente ____ Indígena amazónico ____ Otro ____ 17. N° celular del apoderado: _____
18. Domicilio actual:
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad/Agrupamiento: _____
Tipo de zona: _____ (1 = Urbano; 2 = Periurbano; 3 = Rural) Tipo de vía: _____ (Avenida, Calle, Jirón, etc.) Nombre de vía: _____
Nro.: _____ Mz./Lote: _____ Tiempo de residencia: _____
Referencia para localizar (a la altura de o cerca de: Iglesia, fundo, establecimiento comercial, etc.)

III. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

19. Nació prematuro: Sí No 20. Edad gestacional al parto: _____ 21. Peso al nacer (gr.): _____ 22. APGAR: _____ 1' _____ 5' _____

IV. ANTECEDENTES DE LA MADRE

23. Tipo documento: D.N.I () CE () PTP () Pasaporte () Otro (), especificar: _____ 24. N° documento: _____
25. Apellidos y Nombres: _____ 26. Edad: Años 27. Fecha de nacimiento: ____/____/____
28. Nacionalidad: _____ 29. Ocupación: _____ 30. Vacunada contra la Rubéola: Sí Fecha: ____/____/____ No Desconocido
(verificado con carné o sistema de registro digital)
31. ¿Presentó fiebre y exantema maculopapular durante el embarazo?: Sí No No recuerda
a. ¿En cuál semana de la gestación? _____
b. ¿Fue confirmada por laboratorio la rubéola de la madre? Sí No
32. ¿Durante el embarazo se expuso a alguna persona (de cualquier edad) con fiebre y exantema maculopapular?
Sí No Desconocido
a. ¿Con quién? _____
b. ¿En cuál semana de la gestación? _____
33. ¿Durante el embarazo viajó fuera del país? Sí No

Table with 6 columns: N°, País, Localidad/ciudad, Fecha de salida, Fecha de retorno, Semana de gestación

V. CUADRO CLÍNICO

34. Manifestaciones clínicas (puede marcarse 01 o más alternativas)

Table with 5 columns: Manifestaciones clínicas, Sí, No, Desconocido, Fecha de manifestación. Rows include Oftálmica (Cataratas, Glaucoma congénito, Retinopatía pigmentaria, Microftalmia), Auditiva (Déficit de la audición), Corazón (cardiopatía congénita) (Estenosis periférica arteria pulmonar, Persistencia del conducto arterioso, Comunicación interauricular, Otra cardiopatía congénita).

Table with 5 columns: Manifestaciones clínicas, Sí, No, Desconocido, Fecha de manifestación. Rows include Púrpura, Trombocitopenia, Hepatomegalia, Esplenomegalia, Microcefalia, Meningoencefalitis, Enfermedad ósea de radiotransparencia, Retraso en el desarrollo psicomotor, Ictericia*.

*Dentro de las 24 horas después del nacimiento

35. Hospitalización: Sí No 36. Nombre del EE.SS. _____ 37. Fecha de Hospitalización: ____/____/____ 38. Diagnóstico de ingreso _____
39. Defunción: Sí No 40. Fecha de Defunción ____/____/____ 41. Causa básica de defunción: _____

VI. LABORATORIO

42. Tipo de muestra: 1era muestra serológica _____ Fecha de obtención de muestra ____/____/____ Fecha de resultado ____/____/____ Resultado
IgM: (-) (+)
IgG: (-) (+) Titulación: _____
 2da muestra serológica _____ Fecha de obtención de muestra ____/____/____ Fecha de resultado ____/____/____ Resultado
IgM: (-) (+)
IgG: (-) (+) Titulación: _____
 Hisopado nasal y faringeo _____ Fecha de obtención de muestra ____/____/____ Fecha de resultado ____/____/____ Resultado
(-) (+) Genotipo: _____

43. SOLO EN CASOS CONFIRMADOS DE SRC:

Se realizará el seguimiento de la excreción viral, después de los tres meses de edad hasta obtener dos pruebas negativas con un intervalo de un mes entre cada prueba.

Table with 3 columns: Fecha de obtención de muestra, Fecha de resultado, Resultado. Rows for Hisopado nasal y faringeo.

VII. CLASIFICACIÓN DEL CASO

SOSPECHOSO CONFIRMADO DESCARTADO INFECCIÓN CONGÉNITA POR EL VIRUS DE LA RUBÉOLA

VIII. PERSONAL DE SALUD QUE LLENA LA FICHA (PERSONAL QUE REALIZA LA ATENCIÓN)

44. Apellidos y Nombres: _____
45. Cargo: _____
46. Teléfono: _____ Firma y Sello _____