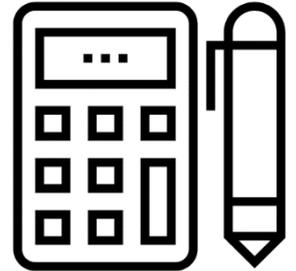




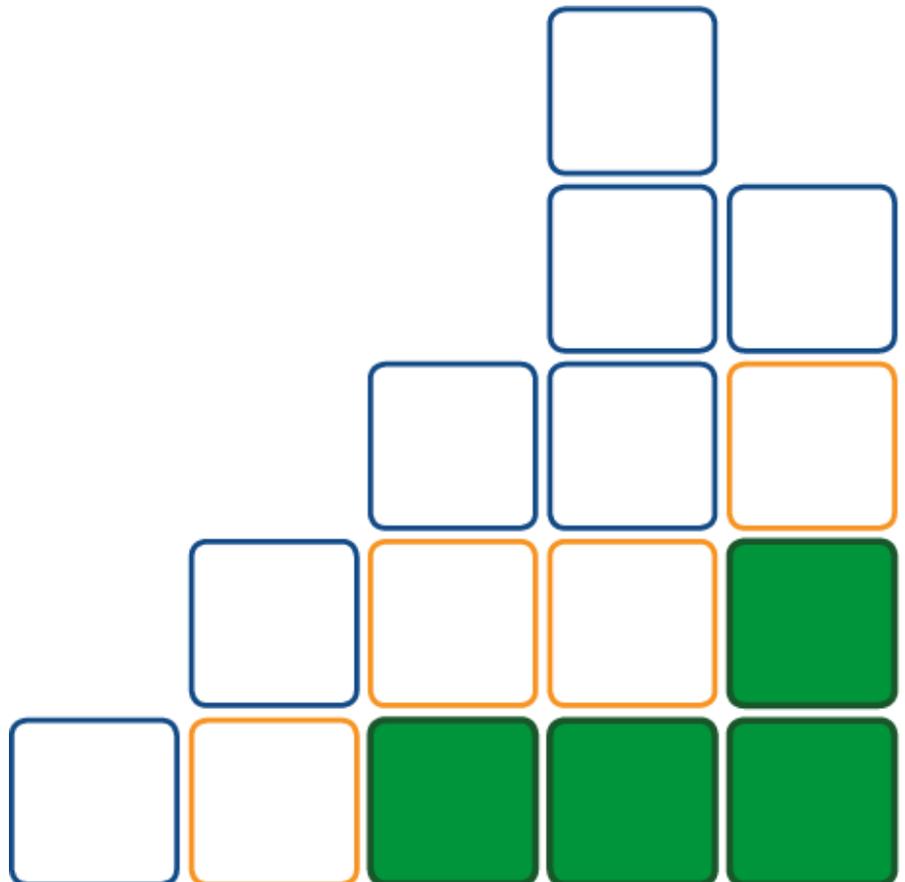
Participe

Libro de ejercicios



FETP-Primera línea

Taller 2



Versión 2.0

Octubre de 2020



Tabla de contenido

Agradecimientos.....	3
Ejercicio 2.01-1: ¿Investigarías?	4
Ejercicio 2.01-2: Escriba los objetivos de la investigación	5
Ejercicio 2.02-1: ¿Es un brote?	6
Ejercicio 2.02-2: Prepare un plan de análisis	9
Ejercicio 2.02-3: Realizar epidemiología descriptiva	13
Ejercicio 2.03-1: Desarrollo de hipótesis	31
Ejercicio 2.03-2: Análisis de datos	34
Ejercicio 2.03-3: Hacer recomendaciones	37
Ejercicio 2.04-1: Explore las causas	38



Agradecimientos

Desarrollado por

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) Center for Global Health

División de Protección de la Salud Global
Rama de Desarrollo de la Fuerza Laboral y del Instituto (WIDB)

Equipo de desarrollo

Richard C. Dicker, MD, MS Denise
Traicoff, CPTD
Nancy Gathany, Doctora en Filosofía
Lauren Davidson, MS
Michele Evering-Watley, MS
Samantha Perkins, MPH

Agradecimientos

El Equipo de Desarrollo Curricular de WIDB agradece el apoyo brindado por numerosos individuos y organizaciones que contribuyeron al plan de estudios FETP-Frontline 2.0. Reconocemos y agradecemos lo siguiente:

Para desarrollar y compartir materiales básicos esenciales:

Helen Perry, doctora
Pascale Krumm, doctorado
Joseph Asamoah Frimpong, MPhil

Para revisar y comentar los borradores del plan de estudios:

Robert Fontaine, MSc, MD Julie
Harris, PhD
Simon Ajeilat, MD
Revisores de AFENET

Para probar materiales piloto y compartir su experiencia de uso en el campo:

Maame Amo-Ammae, MBChB, MPH, MPhil y el equipo de Liberia FETP Por brindar asistencia técnica en la revisión de materiales:

Equipo de John Snow, Inc. y SciMetrika, LLC, bajo contrato
HHSD2002015M87577B

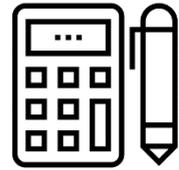
Para brindar apoyo administrativo, organizativo y de comunicación:

Diana Miles, MPA
Kip Baggett, MD, MPH
Kashef Ijaz, MD, MPH
Joanne Stein, MPH

Y muchos otros que han proporcionado comentarios y sugerencias.



Ejercicio 2.01-1: ¿Investigarías?

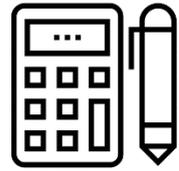


Instrucciones: Trabajando por su cuenta, lea los nueve escenarios a continuación. Para cada escenario, determine si lo haría *probablemente* o *Probablemente no* investigar. Compruebe la columna en consecuencia. Esté preparado para discutir su selección con el grupo.

¿Investigarías?		
Guión	Probablemente	Probablemente No
1. Un niño en una zona rural con sospecha de rabia.		
2. Aumento de las hospitalizaciones en un hospital de distrito, pero los pacientes parecen tener diferentes enfermedades.		
3. Cinco aldeanos con gastroenteritis informaron que comieron alimentos de un establecimiento de alimentos específico.		
4. Los políticos o los medios de comunicación están ejerciendo presión.		
5. Los investigadores han confirmado grupos y un gran número de enfermedades similares.		
6. La enfermedad parece estar asociada con un producto distribuido comercialmente.		
7. Un denunciante se niega a proporcionar su nombre, pero proporciona información detallada.		
8. Las mismas personas presentaron denuncias repetidas, en las que las investigaciones anteriores no revelaron hallazgos significativos.		



Ejercicio 2.01-2: Escribir objetivos de investigación



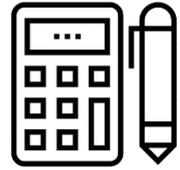
Instrucciones: Trabaje con su grupo en su escenario asignado del Ejercicio 2.01-1. Revise el escenario y desarrolle objetivos de investigación claros. Se pedirá a un representante de cada grupo que presente y defienda sus objetivos al resto de la clase.

[Nota: Los números de escenario a continuación corresponden a los números de escenario utilizados en el Ejercicio 2.01-1.]

Guión	Objetivos de investigación claros
1. Un niño en una zona rural con sospecha de rabia.	
3. Cinco aldeanos con todas las gastroenteritis informan que comieron alimentos de un establecimiento de alimentos específico.	
4. Los políticos o los medios de comunicación están ejerciendo presión.	
5. Los investigadores han confirmado grupos y un gran número de enfermedades similares.	
7. La enfermedad parece estar asociada con un producto distribuido comercialmente.	
8. Un denunciante se niega a proporcionar su nombre, pero proporciona información detallada información.	



Ejercicio 2.02-1: ¿Es un brote?



Instrucciones: En tu grupo:

1. Lea el escenario a continuación.
2. Responda las preguntas 1, 2 y 3.
3. Lea sobre la difteria.
4. Responda la pregunta 4.
5. Esté preparado para discutir sus respuestas con el grupo.

Escenario: 15 de enero de 2018

En los últimos dos días, cuatro pacientes se presentaron en un centro de salud del Distrito B con dolor de garganta, pérdida de apetito y fiebre leve. Tres de los pacientes fueron tratados con antibióticos. Un paciente tenía una membrana de color blanco azulado en la garganta y en las amígdalas, estaba extremadamente débil, tenía un ritmo cardíaco anormal y fue hospitalizado. Se tomaron cultivos de garganta del paciente hospitalizado, pero aún no se han recibido los resultados. Un trabajador de la salud de edad avanzada que había visto a pacientes con difteria hace años sospechaba que estos cuatro pacientes también podrían tener difteria.

Pregunta 1. ¿Qué primeros pasos debe dar el personal del establecimiento de salud?

El centro de salud notificó al oficial de vigilancia del distrito sobre el grupo de casos con síntomas respiratorios. Los síntomas eran compatibles con la difteria, que está en la lista de enfermedades notificables.

El oficial de vigilancia comparó el número de casos con los datos históricos de vigilancia de la difteria para determinar si ocurrió un brote. Los datos incluyeron casos confirmados y probables.



Tabla 1: Casos de difteria confirmados y probables, Resumen anual de vigilancia, Distrito B, 2009 - 2017

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
2009	5	4	5	3	2	2	2	2	1	2	3	3	4				
2010	3	4	3	4	2	3	2	2	2	0	1	3	6				
2011	4	5	4	3	3	2	2	1	2	2	4	3					
2012	4	2	2	2	1	1	0	3	3	3	1	4					
2013	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	2	2					
2014	3	3	1	0	0	0	0	1	0	1	2	3					
2015	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	2					
2016	2	1	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1					
2017	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					

Significar			2.0	1.8	1.1	1.0	0.8	1.1	1.0	1.2	1.8						
Mediana			2	2	1	1	0	1	1	1	2						

Pregunta 2. Calcule la mediana y la media de los meses de enero, febrero y Diciembre. Los otros meses se han cumplido.

Pregunta 3. Según su análisis, ¿recomendaría una mayor investigación?



Difteria

La difteria es una enfermedad bacteriana grave que afecta principalmente a la nariz y la garganta. Por lo general, causa dolor de garganta, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos del cuello y debilidad, que comienza de dos a cinco días después de la exposición. También puede afectar el corazón, los riñones y el sistema nervioso. El rasgo característico de la difteria es una membrana gris gruesa que cubre la parte posterior de la garganta, lo que dificulta la respiración.

El diagnóstico definitivo se realiza cultivando la membrana o analizando la toxina producida por la bacteria.

La difteria se transmite a través del contacto físico directo o al respirar en aerosol.

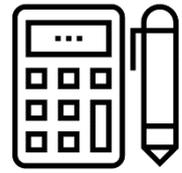
gotitas de la tos o estornudos de personas infectadas.

La difteria es mortal en 5 a 10% de los casos, con una tasa de mortalidad más alta en los niños pequeños. El tratamiento incluye la administración de antitoxina diftérica y antibióticos.

La difteria se puede prevenir mediante la vacunación. La Organización Mundial de la Salud recomienda una serie de vacunación primaria de 3 dosis, seguida de una dosis de refuerzo.

El tratamiento implica administrar antitoxina diftérica para neutralizar los efectos de la toxina, así como antibióticos para matar las bacterias.

Pregunta 4. Cree una definición de caso de brote para difteria sospechada y confirmada.



Ejercicio 2.02-2: Prepare un plan de análisis

Instrucciones: En tu grupo:

1. Revise el conjunto de datos proporcionado en las siguientes dos páginas.

2. Acuerde las variables que deben resumirse.

Nota: Considere los objetivos del análisis y la (s) audiencia (s) de los resultados. ¿Quién utilizará estos datos?
¿Cómo se utilizarán?

3. Determine cómo se debe resumir cada variable (seleccionada en el Paso 2).

Por ejemplo: ¿Con una o más medidas de ubicación central? ¿Distribución de frecuencias? ¿Otra tabla, gráfico, etc.? Si planea presentar grupos de edad, ¿qué grupos de edad usaría?

4. Para cada variable a resumir, indique si se trata de características clínicas, de tiempo, lugar o de la persona.

5. Esté preparado para discutir sus respuestas fuera de su grupo.





Brote de ántrax en un matadero del país X, resultados de la investigación y hallazgos epidemiológicos

Caso No.	Comienzo Fecha 2016	Fecha de Ántrax Diagnóstico por Pruebas de laboratorio	Edad	Sexo	Ocupación	Estado del caso	Ántrax Presentación	Salir	Pruebas de diagnóstico*
1	12 de mayo	05 junio	25	METRO	Preparador de animales	Confirmado	Cutáneo	Viva	Suero IgG reactivo
2	14 de mayo	01 junio	33	METRO	carnicero	Confirmado	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC + / Suero IgG reactivo
3	15 de mayo	07 de junio	25	F	Secretario	Sospechar	Inhalación	Viva	Biopsia pleural IHC + / Suero IgG reactivo
4	15 de mayo	07 de junio	53	METRO	Gerente	Confirmado	Inhalación	Muerto	Hemocultivo +
5	17 de mayo	10 de junio	38	METRO	carnicero	Sospechar	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC +
6	19 de mayo	17 de junio	29	F	Empacador de carne	Confirmado	Inhalación	Muerto	Hemocultivo +
7	19 de mayo	17 de junio	46	METRO	carnicero	Confirmado	Inhalación	Viva	Biopsia pleural IHC + / Suero IgG reactivo
8	19 de mayo	17 de junio	33	METRO	Preparador de animales	Sospechar	Inhalación	Viva	Biopsia pleural IHC +
9	21 de mayo	14 de junio	28	F	Secretario	Sospechar	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC +
10	21 de mayo	19 de junio	52	METRO	carnicero	Confirmado	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC + / Suero IgG reactivo

* Nota: IHC = inmunohistoquímica, IgG = anticuerpo inmunoglobulina G específico del ántrax

La tabla continúa en la página siguiente

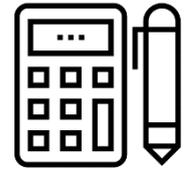


Brote de ántrax en un matadero del país X, resultados de la investigación y hallazgos epidemiológicos (continuación)

Caso No.	Comienzo Fecha 2016	Fecha de Ántrax Diagnóstico por Pruebas de laboratorio	Edad	Sexo	Ocupación	Estado del caso	Ántrax Presentación	Salir	Pruebas de diagnóstico*
11	23 de mayo	14 de junio	56	METRO	Limpiador	Sospechar	Inhalación	Muerto	Hemocultivo +
12	23 de mayo	16 de junio	32	METRO	Empacador de carne	Confirmado	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC +
13	23 de mayo	15 de junio	40	METRO	Procesador de carne	Sospechar	Inhalación	Viva	Biopsia pleural IHC +
14	24 de mayo	15 de junio	44	METRO	Procesador de carne	Sospechar	Inhalación	Viva	Biopsia pleural IHC +
15	24 de mayo	16 de junio	27	METRO	Limpiador	Confirmado	Cutáneo	Viva	Biopsia de piel IHC +

* Nota: IHC = inmunohistoquímica, IgG = anticuerpo inmunoglobulina G específico del ántrax

Adaptado de Jernigan DB, et al. Enfermedades Infecciosas Emergentes, octubre de 2002; 8 (10): 1019–1028.



Ejercicio 2.02-3: Realizar epidemiología descriptiva

Instrucciones: Trabaje con su pareja para:

1. Revise el escenario y los materiales relacionados (formularios de investigación de casos) a continuación.
 2. Responda las preguntas a medida que avanza, incluido el uso de la tabla en blanco y 12 investigaciones de casos completadas para crear una lista de líneas y la creación de una curva epidémica con los datos de la lista de líneas utilizando el papel cuadriculado proporcionado.
 3. Describa las características personales de los casos-pacientes.
-

Escenario: 18 de enero de 2015

Doce personas con diarrea acuosa cumplieron la definición de caso de cólera sospechado, probable o confirmado. El Ministerio de Salud solicita información sobre los casos y posibles exposiciones. El equipo debe resumir la información de una manera clara, concisa y de fácil comprensión.

Pregunta 1a. Revise los formularios de informes de casos en las páginas siguientes. Qué variables necesitan para ser incluido en una lista de líneas? (Máximo 15 variables)

Pregunta 1b. Cree una lista de líneas basada en los 12 formularios de informes de casos.



Formularios de informe de caso para el ejercicio 2.02-3: Realizar epidemiología descriptiva

INFORMACIÓN DEL PACIENTE																																																																													
<p>Nombre (apellido, nombre) _____ A A _____</p> <p>Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____</p> <p>_____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____</p> <p>_____ Alt. contacto _____</p> <p><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____</p> <p>_____ Teléfono: _____</p> <p>Ocupación / grado _____ Empleador / lugar de trabajo _____</p> <p>_____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____</p>	<p>Fecha de nacimiento <u>29</u> / <u>8</u> / <u>mil novecientos ochenta y dos</u></p> <p>Edad <u>32</u> _____</p> <p>Género <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> METR <input type="checkbox"/> Unk</p> <p>CASO # <u>1</u> _____</p>																																																																												
INFORMACIÓN CLÍNICA																																																																													
<p>Fecha de comienzo: <u>13</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Visto en la clínica: <u>14</u> / <u>1</u> / <u>15</u></p>																																																																													
<p>Signos y síntomas</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">YN</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">NS</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">NA</th> <th style="padding: 2px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>10</u> Diarrea con sangre</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Diarrea acuosa</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Calambres o dolor abdominal</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Náuseas</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Vómitos</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>39.6</u> Resultados de</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)</td> </tr> </tbody> </table>	YN	NS	NA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>10</u> Diarrea con sangre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea acuosa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres o dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>39.6</u> Resultados de	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Y</td> <td style="padding: 2px;">N</td> <td style="padding: 2px;">NS</td> <td style="padding: 2px;">NA</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;">Falleció por enfermedad Fecha de fallecimiento ___ / ___ / ___</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">Laboratorio</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 2px;">Fecha de recogida <u>15</u> / <u>1</u> / <u>15</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PN</td> <td style="padding: 2px;">IO</td> <td style="padding: 2px;">NT</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">cultivo de heces</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 2px;">Especie / Organismo: <u>S. Dysenteriae</u> Tipo <u>i</u></td> </tr> </table>	Y	N	NS	NA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falleció por enfermedad Fecha de fallecimiento ___ / ___ / ___	Laboratorio					Fecha de recogida <u>15</u> / <u>1</u> / <u>15</u>					PN	IO	NT			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cultivo de heces					Especie / Organismo: <u>S. Dysenteriae</u> Tipo <u>i</u>				
YN	NS	NA																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>10</u> Diarrea con sangre																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea acuosa																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres o dolor abdominal																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>39.6</u> Resultados de																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)																																																																										
Y	N	NS	NA																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falleció por enfermedad Fecha de fallecimiento ___ / ___ / ___																																																																									
Laboratorio																																																																													
Fecha de recogida <u>15</u> / <u>1</u> / <u>15</u>																																																																													
PN	IO	NT																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																									
cultivo de heces																																																																													
Especie / Organismo: <u>S. Dysenteriae</u> Tipo <u>i</u>																																																																													
<p>Hospitalización</p> <p>SN NS NA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad</p>																																																																													
PLAZO DE INFECCIÓN																																																																													
<p>Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso.</p> <p style="text-align: center;">Periodo de exposición</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;"> - 5 - 0 </div> <p>Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el período de exposición probable</p> <p>Fecha de comienzo</p> <p>Fechas del calendario: 08-01-15 13-01-15 13-01-15</p>																																																																													
EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)																																																																													
<p>SN NS NA</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto con niño en pañales</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante</p> <p>Nombre / ubicación del proveedor: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero</p> <p>Especifique el país: _____</p>	<p>Y N NS NA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida Pozo individual</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bien compartido</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema de agua público</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agua embotellada</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Río o lago: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado</p>																																																																												

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**Nombre (apellido, nombre) CAMA Y DESAYUNO

Dirección _____

Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo

electrónico _____ Alt. contacto

 Padre Cónyuge Otro Nombre: _____

Teléfono: _____

Ocupación / grado _____

Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____

Fecha de nacimiento 20 / 12 / 1954Edad 60Género F METR Unk**CASO #** 2**INFORMACIÓN CLÍNICA**Fecha de comienzo: 14 / 1 / 15Visto en la clínica: 15 / 1 / 15**Signos y síntomas****SN NS NA** Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: 7 Diarrea con sangre Diarrea acuosa Calambres o dolor abdominal Náuseas Vómitos Fiebre Temperatura medida más alta (°C): _____ Rectal Oral Otro: _____ Unk Dolores o molestias musculares (mialgia)**SN NS NA**

Murió de enfermedad

Fecha de la muerte: ___/___/___

Laboratorio

Fecha de colección ___/___/___

P = positivo
O = Otro
N = negativo
NT = No probado
I = indeterminado**PNIO NT** **Resultados del cultivo de heces**

Especie / Organismo: _____

Hospitalización**SN NS NA** Hospitalizado por esta enfermedad**PLAZO DE INFECCIÓN**

Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso.

Cuenta hacia atrás de cero a cinco días

para calcular el período de exposición

probable

Fechas del calendario:

Período de exposición

- 5 - 0

Fecha de

exposición

09-01-15

14-01-15

14-01-15

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)**SN NS NA** Contacto con persona con síntomas similares Contacto con niño en pañales Comida de vendedor ambulante

Nombre / ubicación del proveedor: _____

 Contacto con recién llegado extranjero

Especifique el país: _____

SN NS NA Fuente de agua potable conocida Pozo individual Bien compartido Sistema de agua público Agua embotellada Río o lago: _____ Otro: _____ El paciente no pudo ser entrevistado

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, primer nombre) _____ F ____ F _____ Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ Ocupación / grado _____ Teléfono: _____ Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	Fecha de nacimiento <u>dieciséis</u> / <u>05</u> / <u>1967</u> Edad <u>47</u> Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> METRO Desconocido CASO # <u>6</u>

INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de comienzo: <u>14</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Visto en la clínica: <u>dieciséis</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>3</u> Diarrea con <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): _____ Rectal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte ____ / ____ / ____ Laboratorio Fecha de colección <u>16/01/15</u> PNIO NT <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: <u>S. Dysenteriae</u> Tipo <u>i</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado </div>
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	

PLAZO DE INFECCIÓN	
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuento hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Período de exposición <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> - 5 - 0 </div> Fecha de inicio <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07-01-15</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14-01-15</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14-01-15</div> </div>

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input type="checkbox"/> Bien compartido <input checked="" type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) <u>GRAMOGRAMO</u> Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ Teléfono: _____ Ocupación / grado _____ Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	Fecha de nacimiento <u>01 / 07 / 1972</u> Edad <u>42</u> Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> METR <input type="checkbox"/> Unk CASO # <u>7</u>

INFORMACIÓN CLÍNICA		
Fecha de comienzo: <u>14 / 1 / 15</u> Visto en la clínica: <u>dieciséis / 1 / 15</u>		
Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>5</u> Diarrea con <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>38.6</u> <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte: ___/___/___ Laboratorio Fecha de colección <u>dieciséis / 01 / 15</u> PNIO NT <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: <u>S. Dysenteriae</u> Tipo <u>i</u>	
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"> P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado </td> </tr> </table>	P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado
P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado		

PLAZO DE INFECCIÓN							
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Periodo de exposición <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;">- 5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;">- 0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;">09-01-15</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;">14-01-15</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;">14-01-15</td> </tr> </table> Fecha de inicio	- 5	- 0	09-01-15	14-01-15		14-01-15
- 5	- 0						
09-01-15	14-01-15						
	14-01-15						

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input checked="" type="checkbox"/> Bien compartido <input type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado	

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) _____ H <u> H </u>	Fecha de nacimiento <u> 01 </u> / <u> 01 </u> / <u> 1956 </u>
Dirección _____	Edad <u> 59 </u>
Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____	Género <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> METR <input type="checkbox"/> Unk
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____	CASO # <u> 8 </u>
Ocupación / grado _____	Teléfono: _____
Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	

INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de comienzo: <u> dieciséis </u> / <u> 1 </u> / <u> 15 </u>	Visto en la clínica: <u> 17 </u> / <u> 1 </u> / <u> 15 </u>
Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u> 7 </u> Diarrea con <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): _____ Rectal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Laboratorio Fecha de colección <u> 17 </u> / <u> 01 </u> / <u> 15 </u> PNIO NT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: _____
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado </div>

PLAZO DE INFECCIÓN	
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Periodo de exposición <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> - 5 - 0 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11-01-15</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16-01-15</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">16-01-15</div> </div>

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input type="checkbox"/> Bien compartido <input checked="" type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) <u> J_J </u> Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ Ocupación / grado _____ Teléfono: _____ Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	Fecha de nacimiento <u> 02 / 02 / 1977 </u> Edad <u> 37 </u> Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> METRO <input type="checkbox"/> Unk CASO # <u> 9 </u>

INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de comienzo: <u> 14 / 1 / 15 </u> Visto en la clínica: <u> 17 / 1 / 15 </u>	
Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u> 3 </u> Diarrea con <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u> 38.1 </u> <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte <u> / / </u> Laboratorio Fecha de colección <u> 17 / 01 / 15 </u> PNIO NT <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: <u> Pending </u>
Hospitalización SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado

PLAZO DE INFECCIÓN							
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Periodo de exposición <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">- 5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">- 0</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">09-01-15</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">14-01-15</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">14-01-15</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">14-01-15</td> </tr> </table> Fecha de inicio	- 5	- 0	09-01-15	14-01-15	14-01-15	14-01-15
- 5	- 0						
09-01-15	14-01-15						
14-01-15	14-01-15						

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input checked="" type="checkbox"/> Bien compartido <input type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) _____ K _____ K _____ Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ Teléfono: _____ Ocupación / grado _____ Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	Fecha de nacimiento <u>14</u> / <u>04</u> / <u>1974</u> Edad <u>40</u> Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> METRO <input type="checkbox"/> Unk CASO # <u>10</u>

INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de comienzo: <u>15</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Visto en la clínica: <u>17</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>4</u> Diarrea con <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (° C): DK Rectal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte ___ / ___ / ___ Laboratorio Fecha de colección <u>17</u> / <u>01</u> / <u>15</u> PNIO NT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: _____
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado

PLAZO DE INFECCIÓN						
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Periodo de exposición <table border="1"> <tr> <td>- 5</td> <td>- 0</td> </tr> </table> Fecha de inicio <table border="1"> <tr> <td>10-01-15</td> <td>15-01-15</td> <td>15-01-15</td> </tr> </table>	- 5	- 0	10-01-15	15-01-15	15-01-15
- 5	- 0					
10-01-15	15-01-15	15-01-15				

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input checked="" type="checkbox"/> Bien compartido <input type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) _____ L_L _____ Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____ Teléfono: _____ Ocupación / grado _____ Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	Fecha de nacimiento <u>19</u> / <u>08</u> / <u>1974</u> Edad <u>40</u> Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> METRO <input type="checkbox"/> Unk CASO # <u>11</u>

INFORMACIÓN CLÍNICA		
Fecha de comienzo: <u>15</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Visto en la clínica: <u>17</u> / <u>1</u> / <u>15</u> Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>6</u> Diarrea con <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>38.3</u> <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte ____ / ____ / ____ Laboratorio Fecha de colección <u>17</u> / <u>01</u> / <u>15</u> PNIO NT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: _____	
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	<table border="1"> <tr> <td> P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado </td> </tr> </table>	P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado
P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado		

PLAZO DE INFECCIÓN						
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable Fechas del calendario:	Periodo de exposición <table border="1"> <tr> <td>- 5</td> <td>- 0</td> </tr> </table> Fecha de inicio <table border="1"> <tr> <td>10-01-15</td> <td>15-01-15</td> <td>15-01-15</td> </tr> </table>	- 5	- 0	10-01-15	15-01-15	15-01-15
- 5	- 0					
10-01-15	15-01-15	15-01-15				

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input checked="" type="checkbox"/> Bien compartido <input type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado	

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido



INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre (apellido, nombre) <u>METROMETRO</u>	Fecha de nacimiento <u>17 / 07 / 1960</u>
Dirección _____	Edad <u>54</u>
Ciudad / Estado / Código postal _____ Teléfono (s) / Correo electrónico _____ Alt. contacto _____	Género <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> METR <input type="checkbox"/> Unk
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro Nombre: _____	CASO # <u>12</u>
Ocupación / grado _____	
Empleador / lugar de trabajo _____ Nombre de la escuela / cuidado infantil _____	

INFORMACIÓN CLÍNICA	
Fecha de comienzo: <u>dieciséis</u> / <u>1</u> / <u>15</u>	Visto en la clínica: <u>17</u> / <u>1</u> / <u>15</u>
Signos y síntomas SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea Número máximo de deposiciones en 24 horas: <u>8</u> Diarrea con <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sangre <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea acuosa <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calambres o dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Vómitos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Temperatura medida más alta (°C): <u>38.1</u> <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Unk <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores o molestias musculares (mialgia)	SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murió de enfermedad Fecha de la muerte ___/___/___ Laboratorio Fecha de colección <u>17 / 01 / 15</u> PNIO NT <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resultados del cultivo de heces Especie / Organismo: <u>Pending</u>
Hospitalización SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalizado por esta enfermedad	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> P = positivo O = Otro N = negativo NT = No probado I = indeterminado </div>

PLAZO DE INFECCIÓN	
Ingrese la fecha de aparición de los primeros síntomas en un cuadro grueso. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el periodo de exposición probable	Periodo de exposición <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> - 5 - 0 </div> Fechas del calendario: 11-01-15 16-01-15 16-01-15

EXPOSICIÓN * (Consulte las fechas anteriores)	
SN NS NA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con persona con síntomas similares Contacto <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con niño en pañales <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comida de vendedor ambulante Nombre / ubicación del proveedor: _____ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contacto con recién llegado extranjero Especifique el país: _____	SN NS NA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable conocida <input type="checkbox"/> Pozo individual <input type="checkbox"/> Bien compartido <input type="checkbox"/> Sistema de agua público <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input checked="" type="checkbox"/> Río o lago: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> El paciente no pudo ser entrevistado	

Las respuestas son: Sí, No, Desconocido para el caso, No preguntado / No respondido

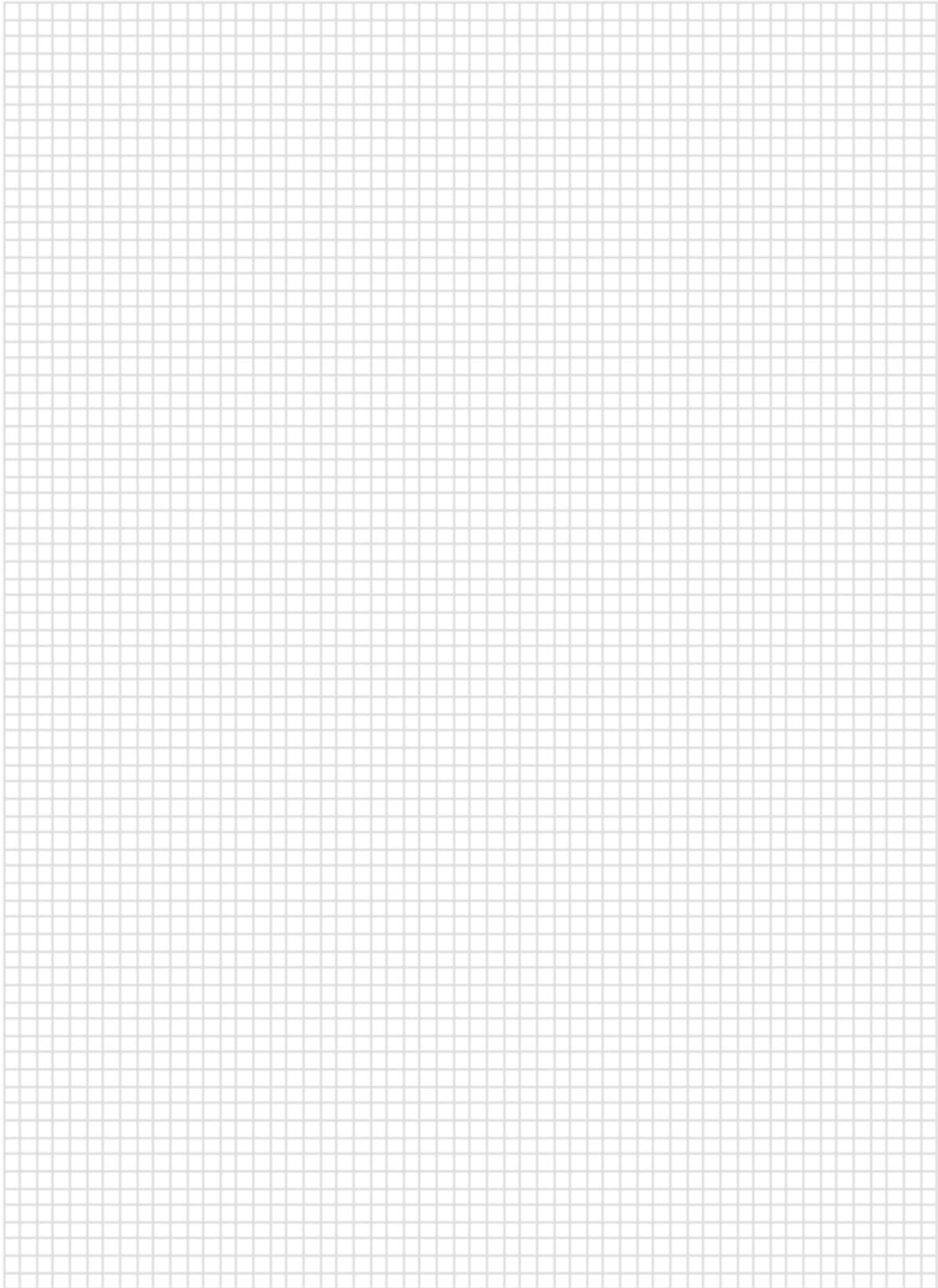


Pregunta 2. ¿Cuántos casos de diarrea se han identificado hasta la fecha? Cuantos son
¿Casos confirmados, probables y sospechosos de cólera?

La ciudad en la que se está produciendo el brote tiene una población de 150.000 habitantes.

Pregunta 3. Calcule la tasa de incidencia del cólera confirmado. La tarifa se puede calcular
por 1.000, 10.000 o 100.000 personas. ¿Qué multiplicador recomendarías?

Pregunta 4. Cree una curva epidémica, utilizando todos los casos de la lista de líneas en el
curva epidémica. Utilice el papel cuadriculado de la página siguiente.



**Tabla 2.02-x3-1:** Número de casos de diarrea acuosa por mes, Comunidad X, 2006 - 2014.

Año	ene	feb	mar	abr	Mayo	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
2006	5	4	5	3	2	2	2	1	2	3	3	4
2007	3	4	3	4	2	3	2	2	0	1	3	6
2008	4	5	4	3	3	2	2	1	2	2	4	3
2009	4	2	2	2	1	1	0	3	3	3	1	4
2010	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	2	2
2011	3	3	1	0	0	0	0	1	0	1	2	3
2012	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	2
2013	2	1	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1
2014	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Significar	2.8	2.4	2.0	1.8	1.1	1.0	0.8	1.1	1.0	1.2	1.8	2.8
Mediana	3	2	2	2	1	1	0	1	1	1	2	3

Pregunta 5. ¿Es el número observado de casos confirmados de cólera mayor de lo esperado?

Pregunta 6. ¿Qué le dice la curva epidémica sobre el brote?

Pregunta 7. De todos los casos-pacientes, ¿cuántos y qué porcentaje son hombres? ¿Cuántos y qué porcentaje son mujeres?



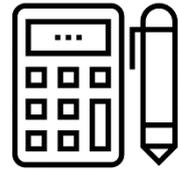
Pregunta 8. De todos los casos, ¿cuál es el rango de edad? ¿Cuál es la edad media? ¿Cuál es la media o la edad?

Pregunta 9. ¿Qué proporción de los casos tuvo cada una de las siguientes exposiciones?

- una. ¿Contacto con una persona enferma?
- B. ¿Exposición al niño en pañales?
- C. ¿Consumiste alimentos o bebidas de un vendedor ambulante?
- D. ¿Consumió agua del suministro público de agua?
- mi. ¿Consumiste agua de un pozo compartido?



Ejercicio 2.03-1: Desarrollar hipótesis



Instrucciones: Trabaje con su compañero para revisar el escenario a continuación y responda las preguntas que siguen. Está preparado para discutir sus respuestas con el grupo.

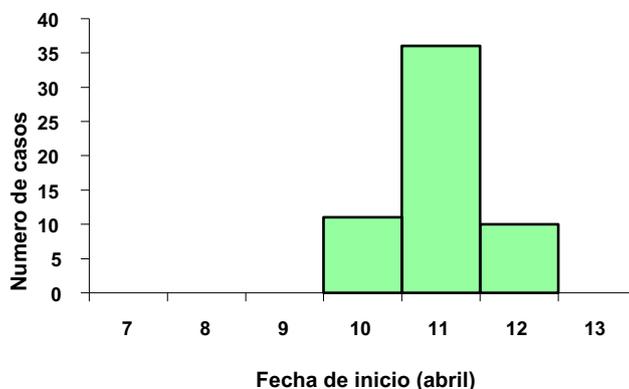
Escenario: 11 de abril de 2016

El 11 de abril de 2016, un médico del Hospital A de la capital se puso en contacto con el Ministerio de Salud para informarle del aumento del número de pacientes con síntomas de calambres estomacales, diarrea y vómitos. Veinticinco empleados de una fábrica local visitaron el Departamento de Pacientes Ambulatorios (OPD) entre las 6 pm del 10 de abril y las 7 am del 11 de abril. Solo cuatro pacientes habían sido atendidos con síntomas similares en las tres semanas anteriores al 10 de abril. Ninguno de estos pacientes anteriores se asoció con la fábrica. Se habían recogido y enviado al laboratorio muestras de heces de tres trabajadores de la fábrica para su análisis; los resultados están pendientes. Un paciente le dijo al médico que muchos de los trabajadores ocasionalmente almuerzan juntos en el Restaurante D ubicado al lado de la fábrica y lo habían hecho el 8 de abril. Ningún paciente fue hospitalizado ni murió a causa de esta enfermedad.

Pregunta 1. ¿Cree que estos casos de enfermedades gastrointestinales indican un brote en la fábrica? ¿Por qué o por qué no?

En la mañana del 12 de abril, se había informado al Ministerio de Salud de 57 personas con vómitos o diarrea. Todos eran trabajadores de fábricas. No se identificaron casos de la comunidad local. Con base en las fechas de inicio informadas, el epidemiólogo del MINSA trazó la siguiente curva epidémica.

Número de casos de gastroenteritis por fecha de inicio, Ciudad capital, abril de 2016



Pregunta 2a. Revise la curva de la epidemia. ¿A qué patrón se parece?

El epidemiólogo pudo recopilar la siguiente información sobre la fábrica:

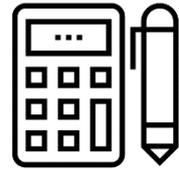
- 350 trabajadores están empleados en la fábrica.
- Se proporciona agua embotellada.
- Una cafetería de la fábrica prepara comida para aquellos trabajadores que deseen comprar el almuerzo durante el día. Hay opciones de comida fría y caliente disponibles.
- Dos restaurantes se encuentran al lado de la fábrica. El restaurante G ha estado cerrado desde el 5 de abril por reformas y el restaurante D estuvo cerrado el 9 de abril para una fiesta privada.
- La fábrica celebró su décimo año de operaciones y una panadería exterior proporcionó un pastel el 9 de abril para una celebración a la que asistieron la mayoría de los trabajadores. Algunos de los trabajadores trajeron golosinas caseras para compartir entre ellos.



Pregunta 3. Con base en los hallazgos que tiene hasta ahora, ¿cuáles son algunas hipótesis posibles en cuanto a la fuente del brote?



Ejercicio 2.03-2: Analizando datos



Instrucciones: Trabaje con su compañero para revisar el escenario a continuación y responda las preguntas que siguen. Está preparado para discutir sus respuestas con el grupo.

Guión:

El personal del Ministerio de Salud ha confirmado un brote de shigelosis y concluyó que todos los

Los casos habían asistido a una reunión religiosa. En total, 120 personas habían asistido a este evento.

El equipo de investigación visitó las casas y entrevistó a todas las personas que asistieron a la celebración y no encontró casos adicionales.

El personal del Ministerio de Salud consideró las siguientes hipótesis como posibles explicaciones del brote de shigelosis:

1. Agua de pozo, porque una alta proporción de casos reportó haber usado el mismo pozo para agua potable doméstica.
2. Alimentos de un vendedor ambulante, porque una alta proporción de casos estuvieron expuestos a alimentos y bebidas servidos en la reunión, que fueron suministrados por un vendedor ambulante específico.
3. Abastecimiento público de agua, debido a que una alta proporción de casos reportó beber té en el evento elaborado con agua del sistema público.

Para probar estas hipótesis, el equipo de investigación comenzó entrevistando a todas las personas que asistieron al evento con respecto a sus exposiciones (antes de la enfermedad) a:

- Agua de pozo
- Alimentos suministrados en el evento por el vendedor ambulante, y
- Agua del sistema municipal.

Además, se recolectaron muestras de agua tanto del pozo como del sistema de agua municipal; no quedaron restos de comida después del evento para analizar una posible contaminación.

Los resultados seleccionados después de las entrevistas se muestran a continuación.

**Tabla 1. Posible asociación de shigelosis con el consumo de agua de pozo**

	Voy a	No enfermo	<u>Total</u>	Tasa de ataque	
				<u>Tasa de ataque</u>	<u>Proporción</u>
Agua de pozo	7	41	48	_____	_____
Sin agua de pozo	5	67	72	_____	_____
Total	12	108	120	_____	_____

Cuadro 2. Posible asociación de shigelosis con el consumo de agua pública

	Voy a	No enfermo	<u>Total</u>	Tasa de ataque	
				<u>Tasa de ataque</u>	<u>Proporción</u>
Agua pública	3	25	28	_____	_____
Sin agua pública	9	83	92	_____	_____
Total	12	108	120	_____	_____

Cuadro 3. Posible asociación de shigelosis con el consumo de alimentos de vendedores ambulantes

	Voy a	No enfermo	<u>Total</u>	Tasa de ataque	
				<u>Tasa de ataque</u>	<u>Proporción</u>
comida de la calle	9	14	23	_____	_____
Sin comida callejera	3	94	97	_____	_____
Total	12	108	120	_____	_____



Pregunta 1. Calcule las tasas de ataque y las proporciones de las tasas de ataque expuestas a no expuestas para los datos de las Tablas 1, 2 y 3.

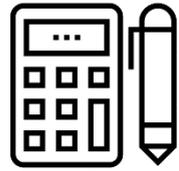
Pregunta 2: Interprete estos resultados.

Los resultados de las pruebas de laboratorio de los alimentos existentes del vendedor ambulante fueron negativos.

Pregunta 3. ¿Cómo afectan los resultados de las pruebas de laboratorio a su respuesta a la pregunta anterior?



Ejercicio 2.03-3: Hacer recomendaciones

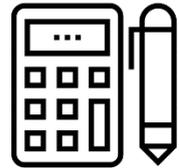


Instrucciones: Trabaje con su compañero para reflexionar sobre el Ejercicio 2.03-2, utilizando datos de ese brote de shigelosis para informar su respuesta a la siguiente pregunta. Esté preparado para discutir su respuesta con el grupo.

1: ¿Cuáles son sus recomendaciones para la prevención y el control de este brote de shigelosis con el que trabajó en el ejercicio 2.03-2? (Seleccione un miembro de su grupo para presentar la respuesta de su grupo).



Ejercicio 2.04-1: Explore las causas



Instrucciones: Trabaje con su equipo para:

1. Revise los problemas de vigilancia de salud pública que se identificaron en el análisis FODA del intervalo de campo 1 y seleccione un problema de vigilancia para analizar.
 2. Acuerde una declaración de problema.
 3. Haga una lluvia de ideas y registre todas las posibles razones del problema, escribiendo una nota por idea en una nota adhesiva o en una hoja de papel.
 4. Dibuja la estructura de la espina de pescado con 4-6 huesos. Agrupe
 5. posibles causas similares en cada hueso. Determina y nombra las
 6. categorías de tus huesos.
 7. Etiqueta las causas como total (T), parcialmente (P) o nada (N) dentro del control del grupo. Prepárese para discutir
 8. brevemente su diagrama de espina de pescado con el grupo. Resalte el problema, proporcione un resumen de las categorías que identificó y comparta de dos a cuatro causas "T" o "P" y sus causas críticas.
-