

Ficha de investigación epidemiológica de campo:
Infección respiratoria aguda por nuevo coronavirus COVID 2019
Fecha de actualización: viernes 06 de marzo 2020

1. Definiciones operativas de caso

Definición 1:

Basado en la definición nacional para el evento **Infección Respiratoria Aguda Grave inusitado**, se especifica para la vigilancia intensificada la siguiente definición:

Caso probable: paciente con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que, **Sí** requiere hospitalización, **IRAG inusitado – Cód. 348** y cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje a áreas con circulación de casos de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. (Ver, tabla publicada en el micrositio del INS: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>)
- Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho* con caso probable o confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19).
- Antecedentes de contacto estrecho* en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).

Para aclarar el estado afebril de la persona, indagar si está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.

Definición 2:

Caso probable: En el marco de un cuadro sindrómico de infección respiratoria aguda – IRA - leve o moderada que **NO** requiere hospitalización, **IRA por virus nuevo – Cód. 346**

Persona que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje a áreas con circulación de casos de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. Ver tabla publicada en el micrositio del INS. <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho* con caso probable o confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19).
- Antecedentes de contacto estrecho* en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).

Y CUMPLA CON al menos dos de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C , tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia

Para aclarar el estado afebril de la persona, indagar si está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.

*** Contacto estrecho:**

- La persona que se encuentra a menos de 2 metros de un caso confirmado de COVID-19. Este contacto puede ocurrir mientras cuida, viva, visite, comparta un área de espera, se encuentra en el lugar de trabajo o en reuniones con un caso de COVID-19.
- Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados).
- Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado de COVID-19
- Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se sienta dos asientos, en cualquier dirección, del caso de COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.

Fecha de investigación **04/08/2020**

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: **YESID ESTIVEN RAMOS PEÑARANDA**

Tipo de documento: **CC**
Valle del Cauca

Documento identidad.: **1113523385 de Candelaria**

Fecha nacimiento: **31/01/1991**

Edad: **29 años**

Sexo: F ☐ M ☒

Nacionalidad: **Colombiano**

Domicilio:

Residencia: Departamento: **Valle del Cauca** Municipio: **Candelaria**

Barrio:

Dirección: **CRA 3B N° 16A – 38 - Carmelo**

Zona de residencia: Urbana ☐ Rural ☒

Tel. de contacto 1: **3184167024**

Tel. de contacto 2: **NO TIENE**

Ocupación: **Operaria en canastillas**

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Fecha de inicio de síntomas **16/07/2020**

Desplazamientos en los últimos 14 días: Si ☐ No ☒

País 1:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

País 2:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

País 3:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

País 4:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

País 5:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

País 6:.....Ciudad.....Periodo de estadía: del/...../..... al...../...../.....

2 de 5

¿Tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?:

Si ☐ No ☒ Lugar:

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha 1° consulta/...../..... Institución de salud:

Fecha 2° consulta/...../..... Institución de salud:

Fecha 3° consulta/...../..... Institución de salud:

Fecha 4° consulta/...../..... Institución de salud:

Fecha 5° consulta/...../..... Institución de salud:

Signos y síntomas al ingreso y días previos:

¿está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén? Si ☒ No ☐

Fiebre cuantificada	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input checked="" type="checkbox"/>
Taquipnea	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>
Escalofríos	<input checked="" type="checkbox"/>	Malestar general	<input checked="" type="checkbox"/>
Nauseas	<input type="checkbox"/>	Otro	<input checked="" type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	¿Cual? Dolor en las articulaciones y Pérdida de olfato	<input checked="" type="checkbox"/>

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

Asma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
Trastorno neurológico crónico	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática crónica	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	Embarazo, Semanas de gestación _____	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hematológica crónica	<input type="checkbox"/>	Trastorno reumatológico	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LABORATORIO

Laboratorio para diagnóstico etiológico

Fecha de toma de primera muestra: **17/07/2020**

Tipo de muestra:

Aspirado traqueal..... Lavado Broncoalveolar.....

Hisopado nasofaríngeo X . Aspirado nasofaríngeo

Otro Cual

Resultado:

Film Array.....

PCR...**POSITIVO 02/08/2020, Mediante llamada Telefónica**

Entrevista con el paciente, familiares e informantes clave, complementar con datos de la historia clínica																																																																																																																											
Incluir:																																																																																																																											
<ul style="list-style-type: none"> Relato de la progresión de la enfermedad actual. Si el paciente es procedente del exterior incluir itinerario de viaje, actividades realizadas durante el viaje ubicación en el avión, número y lugar de escalas hacer énfasis en la fecha de cada desplazamiento etc. Identificar lugares visitados desde el inicio de los síntomas (identifique actividades realizadas, sitios de tránsito, medios de transporte y otros factores de riesgo) 																																																																																																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> <p> Periodo Probable de Exposición: 02 al 15 de julio de 2020</p> <p> Inicio de Sintomas: 16/07/2020</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="31">JULIO</th> <th colspan="5">AGOSTO</th> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="15" style="border: none;">Periodo Probable de Exposición</td> <td colspan="2" style="border: none;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fecha de Inicio de Sintomas</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Toma de la Muestra</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Resultado: Positivo</div> </div> </td> <td colspan="3" style="border: none;"></td> </tr> </table> </div>																																JULIO																															AGOSTO					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	Periodo Probable de Exposición															<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fecha de Inicio de Sintomas</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Toma de la Muestra</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Resultado: Positivo</div> </div>				
JULIO																															AGOSTO																																																																																												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5																																																																																								
Periodo Probable de Exposición															<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Fecha de Inicio de Sintomas</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Toma de la Muestra</div> <div style="margin: 5px;">↑</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Resultado: Positivo</div> </div>																																																																																																												

Se establece comunicación con el Sr. YESID ESTIVEN RAMOS PEÑARANDA, Identificado con N° de cedula 1113523385 de Candelaria Valle del Cauca, quien refiere ser operario de Canastillas en Cavasa, manifiesta que se desplaza en bicicleta hasta su lugar de trabajo, que en el lugar de trabajo tienen los empleados separados en los sitios comunes como es el caso del salón donde almuerzas los empleados el cual además es un lugar abierto, en el lugar de trabajo no tiene contacto con ninguna persona ya que el solo es el encargado del área, en los 14 días anteriores a la toma de la muestra tuvo contacto con un compañero pero no recuerda el nombre de él; manifiesta también que la empresa cuenta con las medidas de bioseguridad como es el uso obligatorio permanente de tapabocas, el distanciamiento social y el lavado permanente de las manos.

Refiere que “Cuando yo empecé con la sintomatología me aislé en una habitación cumpliendo con las medidas de aislamiento desde el 17 hasta el 31 de julio del 2020.

Manifiesta también que desde su EPS – EMSSANAR no lo han llamado, simplemente lo llamaron a informarle que era positivo para Covid – 19 y las medidas de seguridad que debe tener de ahí en adelante.

Refiere que convive con su Esposa: ORFEDIS CAICEDO, identificada con N° de cedula 34503862 de Morales Cauca, de 34 años de edad, se encuentra afiliada a la EPS EMSSANAR, es ama de casa y se aisló porque su esposo el sr YESID ESTIVEN RAMOS PEÑARANDA había dado positivo para Covid – 19, manifiesta no haber tenido síntomas; convive con su hijo MILAN YESID RAMOS, no sabe el documento de identidad, de 7 años de edad, cursa en el momento de segundo de primaria, está viendo sus clases virtuales; manifiesta que al menor no le tomaron prueba, tampoco a ha tenido síntomas; además que desde que le tomaron la prueba al sr YESID ESTIVEN RAMOS PEÑARANDA ha estado en la casa de los abuelos.

Además informa que convive con su hijastras YALERLY PIALEJO, no sabe el documento de identidad, de 20 años de edad, de ocupación ama de casa, está afiliada a la EPS EMSSANAR, y no ha presentado síntomas; NASLY DAYANA PIALEJO, de 17 años de edad, está afiliada a la EPS EMSSANAR, de ocupación estudiante, tampoco ha presentado síntomas; ANGIE FERNANDA PIALEJO no sabe el documento de identidad, de 15 años de edad, está afiliada a la EPS EMSSANAR, es estudiante séptimo grado de manera virtual y con nieta JULIANA GRANJA; no sabe el documento de identidad, tiene 2 años está afiliada a la EPS EMSSANAR no se ocupa, no presenta síntomas.

Contactos estrechos:

Familiares:

- Esposa: ORFEDIS CAICEDO, identificada con N° de cedula 34503862 de Morales Cauca, de 34 años de edad, se encuentra afiliada a la EPS EMSSANAR (no le han tomado muestra para Covid – 19).
- Hijo: MILAN YESID RAMOS, no sabe el documento de identidad, de 7 años de edad, EPS EMSSANAR (No le han tomado muestra para Covid - 19).

- Hijastra: YALERLY PIALEJO, no sabe el documento de identidad, de 20 años de edad, EPS EMSSANAR (no ha presentado síntomas).
- Hijastra: NASLY DAYANA PIALEJO, no sabe el documento de identidad, 17 años de edad, EPS EMSSANAR (No ha presentado síntomas).
- ANGIE FERNANDA PIALEJO no sabe el documento de identidad, 15 años de edad, EPS EMSSANAR (No ha presentado síntomas).
- Nieta JULIANA GRANJA; no sabe el documento de identidad, 2 años de edad, EPS EMSSANAR (no presenta síntomas).

Al finalizar la presente encuesta se le brindó educación acerca de las medidas de bioseguridad para el núcleo familiar, entre las que están el distanciamiento social, el aislamiento preventivo.

Entrevista con el paciente, familiares e informantes clave, complementar con datos de la historia clínica

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre y firma del entrevistador **Diana Lisbeth Velasco Calambas**

Municipio: **Candelaria** Departamento: **Valle del Cauca**

Teléfono **3104123200**