Ministerio de Salud
Argentina

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

MUCORMICOSIS ASOCIADA A COVID-19

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ACTUALIZACIÓN julio-2021

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO

Caso sospechoso de Mucormicosis asociada a COVID-19: Toda persona con antecedentes reciente de COVID-19 y que presente clínica compatible con mucormicosis, con o sin otros factores de riesgo y/o factores predisponentes. **Signos y síntomas compatibles**: Fiebre, dolor, inflamación y enrojecimiento de la zona afectada, aparición de escaras o costras necróticas, proptosis, compromiso de la visión y el sensorio, celulitis orbitaria, oftalmoplejia, sinusitis, rinorrea purulenta, úlceras en paladar. Si la localización es pulmonar puede haber dificultad respiratoria, tos, hemoptisis y dolor pleural. **Factores de riesgo**: diabetes mellitus (DM) especialmente aquellos con cetoacidosis diabética-, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pacientes oncohematológicos (principalmente trasplantes alogénicos de médula ósea) y trasplantados de órganos sólidos; pacientes en tratamiento actual o reciente con corticoesteroides.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: .....
Localidad: ..... Provincia: ..... Fecha de notificación: ..... / ..... /.....
Apellido y nombre del notificador: .....Rol:.....
Teléfono: ..... Correo electrónico: ..... Firma: .....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

ID Evento / Caso de COVID-19 en SNVS: .....Fecha de confirmación del caso de COVID-19.....
Apellido y Nombre: .....
Tipo/N°documento: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... /..... Edad: ..... Sexo: .....
Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento: .....Localidad: .....
Calle / Manzana: .....Nº/Casa: ..... Piso: ..... Depto.: ..... Cód. Postal: ..... Barrio.....
Teléfono: .....Correo Electrónico .....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ..... / ..... /..... Semana epidemiológica de FIS ☐ Ambulatorio ☐ Internado ☐
Fecha de 1ª consulta ..... / ..... /..... Establecimiento de 1ª consulta: .....
Caso fallecido: SI ☐ NO ☐ Fallecimiento en institución hospitalaria ☐ Fallecimiento en domicilio ☐ Otro: .....

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor sinusal		Dificultad respiratoria		Inflamación local		Edema periorbitario	
Oftalmoplejía		Proptosis		Úlceras en el paladar		Edema de la mucosa del tabique nasal	
FIEBRE: igual o >38°		Rinorrea purulenta		Osteomielitis		Eritema localizado	
Tos		Dolor pleural		Hemoptisis		Eritema de la mucosa del tabique nasal	
Pérdida de la visión		Signos de inflamación mucocutánea		Hemorragia pulmonar		Necrosis en el tejido afectado	
Celulitis orbitaria		Trastorno del sensorio		Edema local			

ENFERMEDADES PREVIAS/COMORBILIDADES

Presenta ☐ No Presenta ☐

Diabetes		Inmunosupresión por medicamento		Trasplante de órganos sólidos		Herida quirúrgica	
Cetoacidosis diabética		Inmunodeficiencia por enfermedad hematooncológica		Trasplantado		Desnutrición	
Infección reciente por COVID		Inmunodeficiencia por enfermedad reumatológica		Herida traumática		Hemocromatosis	
Persona inmunosuprimida (VIH)		Enfermedad oncohematológica		Lesión reciente por quemadura		Otra	
				Especificar: …….			

Observaciones: .....
.....

EVOLUCIÓN

Establecimiento de internación: .....

Internado SI NO Fecha: ..... / ..... / ..... **Buena evolución:**
Ingresado a sala de cuidados intensivos: SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....
Alta Fallecido Fecha: ..... / ..... / ..... ☐
Requerimiento de ARM: SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

Ministerio de Salud
Argentina

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

MUCORMICOSIS ASOCIADA A COVID-19

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ACTUALIZACIÓN julio-2021

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: ☐ Material de desbridamiento ☐ Biopsias (especificar) ☐ Raspado/aspirado de senos paranasales ☐ Secreciones ☐ Punción/ aspiración ☐ Lavado bronquioalveolar ☐ Lavado bronquial ☐ Esputo ☐ Otra: .....

Establecimiento de toma de muestra: .....Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....
Establecimiento de derivación de la muestra: ..... Fecha de derivación..... / ..... / .....
Establecimiento de diagnóstico: ..... Fecha de diagnóstico..... / ..... / .....

TRATAMIENTO

Debridación quirúrgica del tejido necrótico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Anfotericina B……..……..presentación……..Dosis/día:……Fecha de inicio: ..... / ..... / .....
Posaconazol……..……..presentación……..Dosis/dia:……Fecha de inicio: ..... / ..... / .....
Isavuconazol……..……..presentación……..Dosis/dia:……Fecha de inicio: ..... / ..... / .....

CLASIFICACIÓN FINAL (Marcar con una X)

Caso sospechoso ☐ Caso confirmado ☐ Caso invalidado por epidemiología ☐ Caso descartado ☐ Otro (aclarar en observaciones) ☐

OBSERVACIONES

Observaciones: .....
.....

Datos del personal que notifica

_____ Nombre y Apellido

_____ Firma y sello