



DEFINICIÓN DE CASO Y CLASIFICACIONES (Tildar el casillero que corresponda)

Ante un caso de SUH realizar la investigación epidemiológica completa, Implementar acciones en forma inmediata tendiente a identificar e interrumpir la fuente de transmisión. Incluir una vigilancia rutinaria y sistemática de los alimentos, realizar y documentar de forma completa la investigación de casos y brotes

Caso de SUH: Persona de cualquier edad, que presente en forma aguda al menos dos de los siguientes criterios clínicos: (1) Anemia hemolítica microangiopática; (2) Trombocitopenia y (3) Compromiso renal.

- Caso de SUH sin especificar:** Paciente que cumple con la definición de caso de SUH, que aún no cuenta con confirmación etiológica y requiere seguimiento para que pueda clasificarse en típico o atípico.
- Caso de SUH típico con confirmación de infección por STEC.** Paciente que cumple con la definición de caso de SUH y con confirmación de laboratorio de STEC como agente etiológico, por al menos uno de los siguientes criterios: i. Aislamiento de STEC, ii. Detección de toxina Shiga libre en materia fecal, iii. Detección de anticuerpos anti-LPS
- Caso de SUH típico con asociación a la infección por STEC.** Paciente que cumple con la definición de caso de SUH, con resultados negativos por laboratorio, sin criterios para la clasificación de SUH atípico, con evidencia de asociación a la infección por STEC mediante cualquiera de los siguientes criterios: i. Antecedente de diarrea en los días previos al comienzo del SUH, ii. Contacto con un caso confirmado de infección por STEC (SUH o diarrea), iii. Exposición a fuente probable de infección por STEC
- Caso de SUH atípico.** Caso en el que pudo establecerse su asociación con: i. Infección por Streptococcus pneumoniae, ii. Enfermedad autoinmune, iii. Mutaciones génicas de factores del complemento, C3) iv. Déficit congénito de ADAMTS 13, y trastornos en el metabolismo de la vitamina B12

Caso de Diarrea Aguda (DA) / Caso de Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)

- Caso de diarrea aguda sanguinolenta (DAS).**
- Caso de diarrea aguda (DA o DAS) por STEC.** Todo caso de diarrea en el que, habiéndose estudiado por laboratorio, se haya podido identificar la infección por STEC de acuerdo a los criterios laborales para confirmar esta infección (aislamiento de STEC; detección de toxina Shiga libre en materia fecal y/o detección de anticuerpos anti-LPS).
- Caso de infección por STEC asintomático.** Toda persona estudiada para STEC en el marco de la investigación epidemiológica de caso de SUH o diarrea por STEC o en investigación por alerta bromatológica de contaminación de alimento por STEC, asintomática, en la que se haya confirmado por laboratorio la infección por STEC por los criterios mencionados.
- Brote de STEC.** Identificación de dos o más casos de infección por STEC relacionados epidemiológicamente, en espacio/tiempo, con o sin síntomas clínicos, con exposición a una misma fuente probable o confirmada, o, con nexo epidemiológico entre sí, en el que, al menos uno de los casos esté confirmado por laboratorio.

Nota: Los casos de Diarrea Aguda Sanguinolenta con evolución a SUH, que fueran notificados como DAS debe ser reclasificado como caso de SUH y actualizar la información en el SNVS.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador:

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI o DE o IND: N° _____. Apellido y Nombre:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ____/____/____ Embarazada: SI / NO

Sexo legal: Femenino / Masculino / No binario / Indeterminado Género: Mujer cis/ Mujer trans/ Varon cis/ Varón trans/ Otro/ Desconocido

Lugar de residencia: Provincia.....Departamento: Localidad:

Barrio popular:.....Domicilio: Calle / Mza:.....Nº.....Piso.....Depto: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de síntomas (FIS): ____/____/____ Fecha de primera consulta: ____/____/____

- | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Hematomas | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Diarrea sanguinolenta(DAS) | <input type="checkbox"/> Fiebre (38 °C o más) | <input type="checkbox"/> Oligoanuria | <input type="checkbox"/> Edemas | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> CVAS/IRA | <input type="checkbox"/> Anuria | <input type="checkbox"/> Piel Pálida | <input type="checkbox"/> Compromiso de SNC |

Signos patológicos de laboratorio: Anemia Hemolítica microangiopática Trombocitopenia Injuria renal (Urea, creatinina y/o Clearance de creatinina aumentados)

COMORBILIDADES Inmunosuprimido Renal crónico Trastornos hematológicos

INTERNADO Fecha : ____/____/____ **UTI** Fecha ____/____/____ **ARM** SI / NO

Laboratorio Clínico - completar valores

Hemograma	<input type="checkbox"/> Sangre en materia fecal	Recuento de Reticulocitos	
	Hematocrito (%)	Hematíes fragmentados	
	Recuento de plaquetas (mm3)	Haptoglobina (g/dl)	
Química	Hemoglobina (g/dl)	Recuento de leucocitos (mm3)	
	Urea (mg/dl)	Creatinina (mg/dl)	
	LDH	Clearance de Creatinina (ml/min)	
Orina	Proteinuria	Hematuria	

DATOS DE LABORATORIO

Suero Fecha de toma: ___/___/___ Hisopado rectal Fecha de toma: ___/___/___ Materia fecal Fecha de toma: ___/___/___

Establecimiento de toma de muestra:

Derivación de muestra **SI / NO** Fecha de derivación ___/___/___

Establecimiento al que se deriva la muestra:

TRATAMIENTO DURANTE LA INTERNACIÓN

- | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inhibición de la función plaquetaria | <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal | <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal | <input type="checkbox"/> Diuréticos |
| <input type="checkbox"/> Hemodiálisis, hemofiltración y hemodiafiltración | <input type="checkbox"/> Transfusiones | <input type="checkbox"/> Eritropoyetina | <input type="checkbox"/> Esteroides |
| <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Otra, cuál?: | | |

Tratamiento completo Tratamiento en curso

EVOLUCIÓN Y SECUELAS

ALTA (*) Fecha ALTA: ___/___/___ **Fallecido** Fecha ___/___/___ **Crónico**

(*) Evitar la concurrencia a instituciones cerradas hasta tener 2 coprocultivos negativos para STEC con un intervalo de 72h.

Causa de fallecimiento Complicación Neurológica Complicación intestinal Complicación cardíaca Infecciones intercurrentes

Secuelas Insuficiencia renal crónica Suboclusión/ oclusión intestinal Proteinuria y/o HTA Neurológicas

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Realizar Encuesta Alimentaria: Indagar sobre **antecedentes de consumos (1 a 10 días previos FIS) de:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preparaciones con carne picada | <input type="checkbox"/> Asistió a piletas, lagos, aguas recreativas con agua no segura (sin clorar, u otra) |
| <input type="checkbox"/> Carne cruda y/o insuficientemente cocida (vacuna/oveja/cabra/potro) | <input type="checkbox"/> Frutas y vegetales crudos o sin lavar |
| <input type="checkbox"/> Leche no pasteurizada o derivados lácteos no pasteurizados o productos de manufactura artesanal | <input type="checkbox"/> Alimento o jugos adquiridos en locales de comida, ferias, comedores |
| <input type="checkbox"/> Ingesta o uso de agua no segura (sin hervir, sin clorar, u otra) | <input type="checkbox"/> Tomó algún nuevo medicamento (en los últimos 3 meses) |

Nombre y Dirección de los establecimientos donde compró: alimentos elaborados, carne, leche no pasteurizada o queso casero:

Nombre y Dirección de establecimientos educativos/recreativos/contacto con animales donde asiste:

Notificar a las áreas que correspondan: Bromatología, inspección general, nivel local/municipal/provincial; Saneamiento ambiental, calidad de aguas; Autoridades sanitarias que corresponda

Antecedentes de viaje y contacto

Ocupación (del caso o su responsable le)

- Viajó dentro de los últimos 14 días: Fecha: ___/___/___
- País:**
- Provincia:**
- Localidad:**
- Contacto con algún caso confirmado o portador
- Caso asociado a brote/conglomerado*
- Lugar de ocurrencia de brote (Dirección, Loc,Prov.):

- ¿Asiste o Trabaja en Jardín maternal/ de infantes y/o escuelas?
- Trabaja en Instituciones de Salud, Residencias para mayores, cárceles,etc
- ¿Trabaja en el campo en actividades agro-ganaderas/carnicerías/frigoríficos,etc?
- ¿Trabaja elaborando y/o distribuyendo alimentos?
- Especificar Lugar:

Observaciones

Firma del notificador: