

**BOTULISMO**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**Definición de caso****Sospechoso:**

**Botulismo alimentario:** Toda persona con visión borrosa, seguida de diplopía, disfagia y sequedad de mucosas, cuadro que luego evoluciona a ptosis palpebral y parálisis flácida de presentación bilateral y descendente, con conservación de la conciencia. El cuadro puede estar precedido por náuseas y vómitos.

**Botulismo del lactante:** Todo niño menor de un año que comienza con estreñimiento, inapetencia, indiferencia, ptosis palpebral, dificultad para deglutir, pérdida del control de la cabeza e hipotonía, que puede evolucionar a insuficiencia y paro respiratorio.

**Recordar:** Si el paciente es < 1 año debe proceder a notificar y estudiar de forma conjunta PAF y Botulismo del lactante.

**Botulismo por herida:** Toda persona con herida, fiebre y leucocitosis, y posterior comienzo del cuadro neurológico semejante al descrito para el B. alimentario.

**CLASIFICACIÓN INICIAL**Botulismo alimentario Botulismo del lactante Botulismo por herida **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido 

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre materno: \_\_\_\_\_ DNI materno: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de internación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Botulismo del lactante** Constipación  Inapetencia Dificultad para deglutir  Ptosis palpebral (facies miasténica)  Diplopía Hipotonía  Pérdida de control cefálicoUso de ARM: Si  No Empleo de antitoxina: Si  No **Botulismo alimentario/herida** Dificultad para deglutir  Sequedad mucosa Visión borrosa Parálisis flácida simétrica descendente  VómitosDemora en administrarla: Menos de 24 hs  24 hs a 48 hs  Más de 48 hs **DATOS LABORATORIO**

Tipo de muestra	Momento ideal de toma	Cantidad y condición de envío	Fecha de toma
Suero	Ante sospecha	10-15 cc refrigerado sin congelar	
Materia fecal	Ante sospecha	25 g refrigerado sin congelar	
Aspirado gástrico	Ante sospecha (ingesta reciente)	25 cc refrigerado sin congelar	
Alimento sospechoso	Ante sospecha	refrigerado sin congelar	
Material de herida	Ante sospecha	refrigerado sin congelar	

## DATOS EPIDEMIOLOGICOS

### Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

#### Lactante

Piso o calle de tierra: Si  No

Lactancia exclusiva: Si  No  Consumo de miel: Si  No

#### Alimentario (Periodo de incubación habitual menor a 48 hs)

Alimento/s sospechoso/s (especificar) \_\_\_\_\_

Industrial: Si  No  Casero: Si  No  Fecha de ingestión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Contactos

Otras personas que hayan consumido el alimento sospechoso Si  No  Cuántas \_\_\_\_\_

Otras personas con síntomas semejantes Si  No  Cuántas \_\_\_\_\_

#### Heridas ( Incubación aproximada de 4 a 14 días)

Ocurrencia de herida: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo: Quirúrgica:  Accidental:  No  Uso de drogas IV: Si  No

## ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

- Ⓢ Búsqueda de otros posibles expuestos.
- Ⓢ Incautación de alimentos sospechoso.
- Ⓢ Puede estar indicado el tratamiento con antitoxina en Botulismo alimentario y por heridas, si su indicación es temprana.
- Ⓢ No corresponde ningún tratamiento a las personas que han estado en contacto con el enfermo.

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador