

## SUH- DAS y Estudio de infección por STEC

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso (Tildar según corresponda)

**CASO DE SHU:** 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 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 DEL PACIENTE

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino  Femenino  No binario  DNI: \_\_\_\_\_

Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido

Estado civil: Desconocido/a  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  Unión convivencial

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

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

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

Si es paciente menor de 15 años se deberá consignar quien brinda la información:

Madre:  Padre:  Otros: \_\_\_\_\_

## DATOS CLÍNICOS

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

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

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

Sala: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UTI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anemia hemolítica microangiopática

Edemas

Piel palida

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anuria /oligoanuria             | <input type="checkbox"/> Fiebre   | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia |
| <input type="checkbox"/> Diarrea con sangre o sin sangre | <input type="checkbox"/> Hematuria/ Proteinuria                             | <input type="checkbox"/> Vómitos         |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                 | <input type="checkbox"/> Injuria renal y/ o creatinina elevada para la edad |  |

### DATOS LABORATORIO

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Materia fecal: <input type="checkbox"/> | Hisopado rectal: <input type="checkbox"/>   | Suero para anticuerpos antilipopolisacáridos: <input type="checkbox"/> |
| Hematocrito: _____ %                    | Creatinemia: _____ mg/dl  | LDH: _____ u/l   |
| Haptoglobina: _____ g/l                 | Rta Plaquetas: _____ mm <sup>3</sup>  |  |
| Hemoglobina: _____ g/l                  | Proteinuria: _____ mg/dl  |  |
| Uremia: _____ mg/dl                     | Hematuria: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                      |  |
|   | Sangre oculta en materia fecal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |

### DATOS EPIDEMIOLOGIA

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingesta de agua no segura  | <input type="checkbox"/> Persona a persona por ruta fecal- oral                   |  |
| <input type="checkbox"/> Ingesta de agua y alimentos contaminados                             | <input type="checkbox"/> Sin agua de red  |  |
| <input type="checkbox"/> Ingesta de alimentos no seguros                                      | <input type="checkbox"/> Sin cloacas  |  |
| Asiste a algunas Institución Escolar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Con régimen de internado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Con comedor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Nombre de la Institución: _____   | Dirección: _____  | Tel: _____   |
| Localidad: _____  | Provincia: _____  | Otros: _____   |

### DATOS DE OCUPACIONES DE RIESGO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Veterinario               | <input type="checkbox"/> Asistencia a personas en guarderías, geriátricos, domicilios, etc |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de frigorífico | <input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos  |
| <input type="checkbox"/> Cría de animales de campo |  |

### DATOS DEL NOTIFICADOR

- Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_
- Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_
- Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_
- Localidad: \_\_\_\_\_
- Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

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