

## EXPOSICIÓN A CIANOBACTERIAS/ CIANOTOXINAS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso

**Sospechoso:** Cualquier persona con exposición al agua de bebida o de uso recreacional o laboral, con floración de cianobacterias (en un área o cercanías donde emitió el alerta la autoridad competente y/o por \*cambios empíricos \*característicos en la fuente de agua involucrada) y la aparición de alguno de los signos y síntomas como (trastornos gastrointestinales, dificultad respiratoria, síntomas neurológicos, afecciones en los ojos y oídos, signos cutáneos), teniendo en cuenta tiempo y grado de exposición y la existencia de factores de riesgo, sin identificación de otra causa aparente de la enfermedad.

**Confirmado:** Cumple criterio de caso sospechoso, asociado a la prueba de laboratorio confirmatoria de la existencia de toxinas en el agua (recuento celularcianobacterias por encima de límite de referencia y/o determinación de cianotoxinas) y/o nexa epidemiológico.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  DNI: \_\_\_\_\_

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

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

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

### DATOS CLÍNICOS

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

¿Cuánto tiempo transcurre desde la exposición y el inicio de los síntomas? Horas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

Signos y Síntomas generales: Fiebre  Astenia **Compromiso digestivo:** Náuseas  Vómitos  Diarrea  Dolor abdominal **Compromiso de piel o mucosa:** Eritema  Enantema  Exantema  Prurito  Conjuntivitis  Otitis **Compromiso respiratorio:** Tos  Rinitis  Disnea **Compromiso Neurológico:** Debilidad muscular  Parestesias  Alteración estado de conciencia 

Otros: \_\_\_\_\_

¿Tuvo episodios anteriores? SI  NO 

Patología crónica y/o otros antecedentes:

Requiere: Internación  Seguimiento ambulatorio 

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

¿Concurrió al embalse, lago, río? SI  NO  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_¿Visualizó cianobacterias (algas verdes - azules) con apariencia de "yerba dispersa", espuma, natas o verdín en el agua? SI  NO ¿Visualizó animales muertos o enfermos en la cercanía del agua? SI  NO ¿Detectó olor desagradable, a moho o gamexane, en a cercanía del agua? SI  NO

¿Consumió agua con olor desagradable?

Si la respuesta es SI, indique de dónde: Pozo  Red  Envazada

Embalse, lago, río, laguna  Agua surgente de manantial

¿Es usted residente de la zona? SI  NO

¿Es usted turista frecuente de la zona? SI  NO  ¿O turista ocasional de la zona? SI  NO

Ocupación: Guardavida  Guía de pesca  Pescador  Buzo  Instructor deporte náutico

Personal de centrales hidroeléctricas  Agricultor  Prefecto  Acuicultor  Otra

¿Practica deporte náutico? SI  NO

¿Cuál/es deportes? \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro integrante de la familia afectado? \_\_\_\_\_

Otros datos de interés: \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Enfermedades previas: \_\_\_\_\_ ¿Su mascota (perro) esta afectado? \_\_\_\_\_

## EXÁMENES DE LABORATORIO

Si cuenta con análisis de laboratorio solicitados por motivos de esa consulta completar:							
Examen	Valor	Normal	Aleterado	Examen	Valor	Normal	Aleterado
Bilirrubina Total				TGO			
Bilirrubina Indirecta				TGP			
Bilirrubina Directa				GGT			
Fosfatasa alcalina				Tiempo de protrombina			
Colesterol total				Triglicéridos			
Albúmina				Creatinina			
Urea				Orina completa			
Glucemia				PCO2			
Po2				EB			
Lonograma				Otros			
Hemograma				Otros			

## ACCIÓN DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Búsqueda de expuestos SI  NO  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Coordinación con otras áreas involucradas SI  NO  ¿Cuales? \_\_\_\_\_

## EVOLUCIÓN CLASIFICACIÓN DEL CASO

Alta médica

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Fallecido SI  NO

Caso sospechoso de intoxicación por Cianobacterias/ Cianotoxinas { }

Caso confirmado de intoxicación por Cianobacterias/ Cianotoxinas { }

## DATOS DEL NOTIFICADOR

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

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

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

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

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