

HIDATIDOSIS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Caso sospechoso de echinococcosis quística (EQ): Toda persona con presencia de masa quística sugestiva (única o múltiple) en los exámenes diagnósticos por imágenes (más frecuentemente en hígado o pulmón) y algunos de los siguientes criterios epidemiológicos:

- a. Contacto con perros de áreas endémicas.
- b. Convivientes con diagnóstico de hidatidosis y que han compartido residencia o viaje a la misma zona geográfica o endémica.
- c. Antecedentes de viaje o permanencia en áreas rurales o semirurales.

Caso confirmado de echinococcosis quística (EQ): Visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cesto de, restos de membranas y/o estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía o identificación del genoma del parásito mediante técnicas moleculares (PCR); Ó Caso sospechoso con imágenes compatibles con signo patognomónico: imagen de membrana desprendida (clasificación Gharbi tipo II o CE3) de quiste hidatídico detectados por estudios de imágenes, en cualquier localización; Ó Caso sospechoso con prueba de inmunodiagnóstico positiva (ELISA, HAI o WesternBlot.)

Caso descartado: por otro diagnóstico etiológico

Caso probable en estudios poblacionales (catastro ecográfico): Toda persona menor de 15 años estudiada por ecografía en el marco del tamizaje poblacional en un área endémica que presente imágenes compatibles con quiste hidatídico

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: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quién brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____

DATOS CLÍNICOS

Asintomático

Fecha de primera consulta: ____/____/____

Hospitalizado: Sí No

Fecha de Internación: ____/____/____

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Vómica

Masa quística

Localización del quiste: Hepático

Pulmonar

Abdominal

Otros: _____

Características: Quiste único

Quiste múltiple

Quiste calcificado

Quiste complicado

Diagnóstico por imágenes (fecha y descripción)

RX: _____

Ecografía: _____

TAC: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedentes familiares de hidatidosis

Realizar o haber realizado faena domiciliaria de ganado

Contacto con mascotas

Habitar o haber habitado en áreas de producción ganadera

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbano Periurbano Rural

Trabajó o vivió previamente en zona rural? Si No Cuál? _____ En qué año? _____

Cría o crió animales como caprinos, ovinos, bovinos, porcinos? Si No

Tiene perros: Si No Cuántos? _____ Perro parasitado: Si No Perros tratado: Si No Cuántos? _____

Con qué frecuencia: 30 días 45 días 60 días Otro: _____ Fecha última desparasitación: ____/____/____

Alimenta a sus perros con vísceras crudas? Si No

TRATAMIENTO Y ACCIONES DE CONTROL

Albendazol N° total de comprimidos: _____

Cirugía Fecha: ____/____/____

PAIR (Punción, aspiración, Inyección y Reaspiración)

Catastro Familiar: Si No

Número de convivientes: _____

ALBENDAZOL: recordar que la dosis es de 10mg/kg/día repartido en 2 tomas (acompañadas de alimentos grasos). La dosis máxima es de 400 mg cada 12 horas. **Indique el número total de comprimidos** de 400 mg requeridos.

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y sello del notificador