



GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació

Servicio de Epidemiología. DGSP. 15 junio 2011

Adaptación de documento recibido desde el Centro de Coordinación de Alertas (MSPSI)

Este documento contiene:

- **Definición de caso**
- **Cuestiones de notificación**
- **Protocolo de notificación**

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACION DE CASOS ASOCIADOS AL BROTE DE ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA 2 O104:H4 EN ALEMANIA

Con el fin de detectar los casos que pudieran aparecer en España, se ha elaborado un cuestionario específico y una información sobre el agente causal y su aislamiento con el fin de realizar una acción conjunta en todo el territorio.

Está pendiente de consensuar una definición de caso para toda la Unión Europea, que será remitida cuando esté disponible.

DEFINICION DE CASO VIGENTE

CASO PROBABLE: “Casos de diarrea sanguinolenta o síndrome hemolítico urémico en pacientes con antecedente, en los 14 días previos al inicio de síntomas, de estancia en Alemania o de contacto estrecho con un caso asociado al brote”.

Todos los casos asociados al brote han iniciado la sintomatología a partir del 1 de mayo de 2011.

Los casos que cumplan el criterio clínico de diarrea sanguinolenta o síndrome hemolítico urémico y presenten a los antecedentes arriba mencionados se considerarán casos probables.

NOTIFICACIÓN

Los casos probables o con confirmación microbiológica se notificarán:

- A) Mediante **protocolo de notificación anexo al final del documento**
- B) De forma urgente
- C) A una de las siguientes unidades:

Mallorca: Fax 971 177309 (servei d'Epidemiologia)

Pitiüses: Fax 971 399838 (unitat d'Epidemiologia)

Menorca: Fax 971 369175 (unitat d'Epidemiologia)

En los hospitales Son Espases y Son Llàtzer se enviarán las notificaciones preferentemente a través de las unidades de Epidemiología o Medicina Preventiva.



GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR ECEH 0104 ASOCIADO AL BROTE DE ALEMANIA

DECLARANTE

Médico que declara el caso:

Lugar de trabajo:

Fecha de declaración:

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente: _____

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Municipio residencia: _____ Provincia residencia: _____

Comunidad Autónoma de residencia: _____ País residencia: _____

Fecha de Nacimiento: __-__-____ Edad en años: __ Edad en meses en menores de 2 años: ____

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

País de nacimiento: _____ Año de llegada a España: ____

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __-__-____

Signos/Síntomas:

Sí No Des

Diarrea sanguinolenta

Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)

- Anemia hemolítica microangiopática

- Trombocitopenia

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido Hospital:

Fecha de hospitalización: __-__-____ Fecha de alta: __-__-____

Centro: _____ Servicio: _____

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Diálisis : Sí No Desconocido

Defunción Sí No Desconocido Fecha de defunción: __-__-____



GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació

DATOS DE LABORATORIO

Agente causal: *Escherichia coli*

Se remiten muestras al CNM: No Sí Tipo de muestra:

Fecha de diagnóstico microbiológico: __-__-__

Tipo de muestra: Heces Otra muestra Especificar: _____

Criterios analíticos:

Detección del ácido nucleico de los genes: *stx2* Desconocido

Aislamiento de *E. coli* productor de toxina *stx2* o que contiene el gen *stx2*:

Detección directa en heces del ácido nucleico del gen *stx2* :

Detección directa de toxina *stx2* libre en heces:

Respuesta de anticuerpos IgM específica de serogrupo O104 de *E. coli*:

Sí	No	Des
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Serogrupo:

Serogrupo O104: Sí No Desconocido

Antígeno H4: Sí No Desconocido

Otros datos relativos al agente: _____

DATOS SOBRE EL RIESGO (Exposiciones en los 8 días previos al inicio de síntomas)

Antecedentes de viaje: Sí No Desc Fecha de llegada: Fecha de salida:

- Alemania __-__-__

- Otros país: __-__-__

Contacto con caso confirmado: Sí No Desconocido

En caso afirmativo especificar: _____



GOVERN DE LES ILLES BALEARS

Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació

Consumo de alimentos sospechosos:

En caso afirmativo:

	Sí	No	Des	Donde lo compró / Donde lo consumió
Semillas germinadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Tomates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Pepinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Lechuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Zanahorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Espárragos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Salsas y aliños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Fresas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Queso mozzarella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Queso de cabra/oveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Carne picada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Otro Tipo de carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Leche no higienizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Agua no tratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____
Otro alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____

Especificar otro alimento: _____

Especificar alimentos que se hayan consumido de forma conjunta, por ejemplo en ensalada :

Contacto con animales: Sí No Desconocido

En caso afirmativo especificar: _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO: Importado: Sí No Desconocido

Clasificación del caso: Probable Confirmado

APLICADO AISLAMIENTO ENTERICO?: Sí No Desconocido
