Dirección de Epidemiología

Ministerio de Salud Argentina

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

ACTUALIZACIÓN 16-05-2022

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Fecha de notificación: ..... / ..... /.....

Apellido y nombre del notificador: .....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI ◯ DE ◯ IND ◯ N°_____._____._____ Apellido y Nombre: .....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ..... Persona gestante: SI ◯ NO ◯

Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana: .....N°.....Piso: ..... Depto: .....Cód. Postal: .....

***Caso Probable**: Toda persona de 16 años o menos que presenta una hepatitis aguda (no hepA-E) con transaminasas séricas >500 UI/L (AST o ALT) y concentración de protrombina <50%, en la que se hayan descartado causas tóxicas, enfermedad hepática crónica, causas autoinmunes o metabólicas, o causas infecciosas bacterianas o virales. Los casos con resultados positivos para adenovirus, Influenza y SARS-CoV-2, sin otra etiología conocida, deben ser notificados y serán evaluados para su clasificación final.*
***Caso Probable con adenovirus positivo:** Todo caso que cumpla la definición de probable, en el que se haya detectado adenovirus.*
***Caso Pendiente de clasificación:** Caso de hepatitis aguda grave que se encuentra a la espera de alguno de los resultados para el diagnóstico de hepatitis A-E o de las otras causas conocidas.*
***Caso Descartado:** Caso de hepatitis aguda grave en el que se identificó una etiología conocida.*

Datos de vacunación		
Vacuna contra	Cant. Dosis	Fecha de última dosis
SARS CoV-2		
Hepatitis A		
Hepatitis B		

INFORMACIÓN CLÍNICA

Signos y síntomas (marcar con X lo que corresponda)						Laboratorio clínico	
	Ictericia		Diarrea		Vómitos	ALAT	
	Coluria		Dolor abdominal		Fiebre	ASAT	
	Acolia		Hepatomegalia		Astenia	Billirrubina total	
	Hemorragia		Esplenomegalia		Ascitis	Billirubina directa	
	Prurito		Encefalopatía		Respitarorios	Concentración de protrombina	
	Otros					Tiempo de protombina	

	SI	NO	FECHA		SI	NO		SI	NO
Fecha de inicio de síntomas				¿Se descartaron causas tóxicas?			¿Se descartaron causas infecciosas?		
¿Paciente internado?				¿Se descartaron causas metabólicas?			¿Se descartaron otras causas?		
¿Paciente internado en UTI?				¿Se descartaron causas inmunológicas?			¿Se está evaluando trasplante?		

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes	SI	NO	Detallar
Viajes en las últimas 4 semanas (lugares y fechas)			
Consumo de medicamentos y otras sustancias en los últimos 3 meses			
Consumo de hiervas folklóricas (tipo, cantidad y tiempo)			
Provisión de agua segura en el domicilio			
Adecuada disposición de excretas en el domicilio			
¿Tuvo COVID-19 previamente? (fechas)			
Recibió transfusiones, hemoderivados o trasplante de órganos sólidos o medula ósea y/o tratamiento odontológico previo			
¿Estuvo en internación en las últimas 4 semanas?			
¿Otros antecedentes de riesgo? (exposición ambiental, alimentos de riesgo, etc.)			

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

Marcador etiológico en laboratorio local (indica resultado + o -)						Muestras derivadas al LNR			
antiHAV-IgM		RNA-HCV		RNA- HEV (suero)		Sangre entera con EDTA (1)		FTM	
antiHAV-IgG		antiSARSCoV-2 IgG antiN		RNA-HEV (materia fecal)		Suero (2)			
HBsAg		antiSARSCoV-2 IgG antiS		Adenovirus (suero)		Materia fecal fresca (3)			
antiHBc-IgM		antiHEV-IgM		Adenovirus (materia fecal)		Hisopado nasofaríngeo (4)			
antiHCV		antiHEV-IgG		Adenovirus (HNF)		Biopsia			

1) (tubo primario, tapa lila), 5 ml ; 2) (tubo primario tapa amarilla con gel separador, centrifugado localmente antes del envío), 5 ml. Puede ser también plasma en tubos PPT (tubo primario, tapa blanca) ; 3) poca cantidad, alrededor de 10 gr o dos cucharaditas de té)- recogida en frasco estéril sin ningún agregado ni medio de transporte viral o bacteriano. 4) en medio de transporte viral o en 2 ml de solución fisiológica. Enviar todo el material refrigerado y correctamente rotulado en condiciones estándar de bioseguridad (triple envase).

CLASIFICACIÓN DE CASO

◯ Caso probable ◯ Caso probable con Adenovirus positivo ◯ Pendiente clasificación ◯ Caso descartado

Nombre y apellido del notificador: Firma: