



## **DIAGNÓSTICO DE BOTULISMO**

- Cuando sospechar- Definición de caso
- Qué información recolectar
- Toma y remisión de muestras
- Contactos telefónicos claves
- Ficha epidemiológica

### **Las muestras deben ser remitidas a:**

Av. Vélez Sarsfield 563 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Servicio Bacteriología Sanitaria. Tel: 4303-2333 int. 103.

Identificar en la encomienda: nombre del laboratorio de destino y responsables.

Resaltar “**Entrega Urgente**”.

### **Contactar e informar del envío a los responsables del laboratorio:**

- Jefe de Servicio: María Isabel Farace.
  - Coordinación: Alicia Raquel Rodríguez.
- Referentes:
- Dr. Edgardo Castelli
  - Dr. Diego Ruggeri

El botulismo es una enfermedad que produce **parálisis flácida**, causada por neurotoxinas de *Clostridium botulinum*.

La transmisión alimentaria es poco frecuente pero  **puede matar rápidamente**, por lo que **resulta una emergencia para los sistemas de salud y debe ser reportado en forma INMEDIATA a las autoridades de Salud Pública.**



## DEFINICION DE CASO:

- **Incubación:** 18 a 36 hs (promedio 24 hs). Paciente afebril – consiente.
- **Sospechoso:** paciente con cuadro neurológico, **parálisis bilateral, simétrica, descendente**, visión borrosa, diplopía, mucosas secas, disfagia, ptosis palpebral, midriasis (50%) hasta cuadriplejía.
- **Confirmado:** caso sospechoso con:
  - Identificación de toxinas específicas en suero, materia fecal, contenido gástrico o alimentos.
  - Detección de *C. botulinum* en materia fecal por cultivo.
  - Por nexa epidemiológico con caso confirmado.

## TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS

TIPO DE MUESTRA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
<b>SUERO</b>	6 - 7 ml	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerado</li><li>➤ Enviar <b>URGENTE!!!</b></li><li>➤ Respetar la cantidad <b>IMPORTANTE!!!</b></li></ul>
<b>MATERIA FECAL</b> (*)	Cantidad suficiente (5 gr. o mas) en tubo o frasco limpio.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerada- FRESCA</li><li>➤ SIN CONSERVANTE NI MEDIO DE TRANSPORTE</li><li>➤ QUE NO DEMORE EL ENVIO DE SUERO.</li></ul>
<b>LAVADO GÁSTRICO</b>	Mínimo 2-3 ml. En tubo o frasco limpio.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerado</li><li>➤ SOLO SI LA INGESTA FUE RECIENTE</li></ul>
<b>VÓMITO</b>	Mínimo 2-3 ml. En tubo o frasco limpio.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerado</li><li>➤ SOLO SI LA INGESTA FUE RECIENTE</li></ul>
<b>ALIMENTOS SOSPECHOSOS</b>	Comercial: Envase original.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerados</li><li>➤ Conservar rótulo</li></ul>
	Elaboración casera: Envase original o frasco limpio con buen cierre.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refrigerados</li><li>➤ <u>Especificar</u> tipo de producto, composición, conservación, fecha de elaboración</li></ul>

(\*) En caso que el paciente padezca estreñimiento, se puede intentar tomar la muestra realizando un lavaje rectal con un mínimo volumen de solución fisiológica estéril, que la imposibilidad de obtener la muestra de materia fecal **NO DEMORE** el envío de la muestra de suero. La misma puede ser remitida posteriormente.



## DATOS A SOLICITAR ANTE LA SOSPECHA DE BOTULISMO

### DATOS DEL CONSULTANTE:

Nombre y apellido:

Teléfono:

Relación con los casos: Familiar ( ) Médico ( ) Epidemiólogo ( ) Bioquímico ( )

**ORIGEN DEL LLAMADO:** Ciudad:

Provincia:

### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:

Edad:

### FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:

Domicilio:

Síntomas:

### NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO ACTUANTE:

### TELEFONO:

**Mail** (que se entienda):

### NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD:

### TELÉFONO:

### NÚMERO DE AFECTADOS/ INTERNADOS:

### ALIMENTO/S SOSPECHOSO/S (enumeración/descripción):

**COMERCIAL:**

**ELABORACION CASERA:**

---



### TELÉFONOS CLAVES

INSTITUCIÓN	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONOS
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” Servicio Bacteriología Sanitaria	Dra. Maria Isabel. Farace Laboratorio de Referencia <a href="mailto:mifarace@anlis.gob.ar">mifarace@anlis.gob.ar/</a> mifarace@hotmail.com	<b>Laboratorio</b> 011 4303-2333 int 103 <b>Celular</b> 011 1557658760 <b>Particular</b> 011 21399503 <b>Particular (Flia)</b> 011 4299-7597
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” Servicio Bacteriología Sanitaria	Dr. Edgardo Castelli Laboratorio de Referencia <a href="mailto:ecastelli@anlis.gob.ar">ecastelli@anlis.gob.ar</a>	<b>Laboratorio</b> 4303-2333 int 103 <b>Celular</b> 1561489346 <b>Particular</b> 45836314
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” Servicio Bacteriología Sanitaria	Dr. Diego Ruggeri Laboratorio de Referencia <a href="mailto:druggeri@anlis.gob.ar">druggeri@anlis.gob.ar</a>	<b>Laboratorio</b> 4303-2333 int 103 <b>Celular</b> 1567826964
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” Servicio Bacteriología Sanitaria	Coordinadora: Alicia Raquel Rodríguez Laboratorio de Referencia <a href="mailto:alirodriguez257@yahoo.com.ar">alirodriguez257@yahoo.com.ar</a> <a href="mailto:arrodriguez@anlis.gob.ar">arrodriguez@anlis.gob.ar</a>	<b>Laboratorio</b> 4303-2333 int 103 <b>Celular</b> 15 5975-1996
Hospital Francisco J. Muñiz	Referente Clínico (UTI) Dra Viviana Chediack	<b>Hospital UTI</b> 011 4305-7969 <b>Celular</b>
Hospital Francisco J. Muñiz	Dra. Graciela Mammoliti Referente clínico (UTI)	<b>Hospital UTI</b> 011 4305-7969 <b>Celular</b> 1549272720
Inst. Nacional de Alimentos (INAL) Departamento Vigilancia Alimentaria	Josefina Arango Laboratorio bromatológico	<b>Dpto.</b> 011 4340-0888/89 0800-2226110 <b>Celular</b> 011 1551210201
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” Guardia Técnica	Téc. Claudio De Nicola Guardia técnica	<b>Malbrán:</b> 011 4303-1806 al 11 <b>Celular</b> 011 1559702047
Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación	Dra Natalia Casas Coordinadora del Programa de Zoonosis	<b>Dirección</b> 011 4379-9043 <b>Celular:</b> 011 1549715541



**PROVISION DE ANTITOXINA:** la misma se encuentra en la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, debe ser solicitada al Ministerio de Salud de la provincia correspondiente y a través del mismo al Ministerio de Salud de la Nación, enviando la ficha epidemiológica del/los casos

**FICHA DE INVESTIGACION  
DE CASOS BOTULISMO (todos los tipos)**

BT

Año..... Provincia..... Partido o Departamento.....

**Datos particulares:**

Apellido y nombre.....Relación con casos:.....

Fecha nacimiento..... /..... /..... Edad en años..... meses..... Sexo (F / M)

Domicilio.....Localidad.....

Establecimiento de internación: .....

Fecha inicio de síntomas...../...../..... Fecha consulta...../...../..... Fecha internación...../...../.....

Uso de ARM (marcar): Si / No Condición de alta (marcar): Curado ( ) Derivado ( ) Fallecido ( )

Tipo Botulismo (marcar): Alimentario ( ) Lactante ( ) Herida ( ) Otros ( )

Muestras remitidas para diagnóstico (colocar **SI** a las muestras remitidas):

Resto alimentario..... Material de herida..... Suero..... Heces..... Lav. Gástrico.....

Muestras positivas: (colocar SI a las muestras positivas)

Resto alimentario..... Material de herida..... Suero..... Heces..... Lav. Gástrico.....

**Informe Laboratorio:**

Tipo de toxina (A, B, E) ..... Demora del informe (Sin Informe, < 24 hs. , 24 y +) : .....

Empleo de antitoxina (Si / No) Demora en administrarla ( <2 4 hs, 24 a 48, 48 y +):.....

**a) Alimentario:** Alimento sospechoso: .....

Industrial: Si / No Casero: Si / No Fecha ingestión alimento sospechoso: ..... /..... /.....

**b) Lactante**

De 2 a 12 días antes de síntomas:

1.- Consumió? (marcar con "X"): miel ( ) infusiones ( )

2.- Reparación o remodelación en domicilio? Si / No

3.- Limpieza de alfombras? Si / No

**c) Heridas**

De 4 a 14 días antes de síntomas:

1.- Ocurrió una herida? (marcar): **Si / No** Tipo (marcar): Quirúrgica ( ) Accidental ( )

2.- Drogadicción I.V (marcar) Si / No

**d) Otros**

Inhalación Si / No Intestinal Si / No

Fecha: ...../...../.....

Firma y sello del Médico