

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR *BURKHOLDERIA SPP.*

Instrucciones

Proporcione la información más completa posible. Las instrucciones a continuación explican cada variable. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Subdivisión de Patógenos Bacterianos Especiales llamando al (404) 639-1711 o escribiendo a bspb@cdc.gov.

Después de llenar el formulario, retire toda la información de identificación personal y envíelo a los CDC de una de las siguientes maneras:

Correo electrónico: bspb@cdc.gov

Fax: (404) 929-1590

DCIPHER: escribir a bspb@cdc.gov para obtener más información.

Información de la notificación	Detalles
Fecha de notificación	Fecha en que el caso se notificó inicialmente a la jurisdicción (mm/dd/aaaa).
Jurisdicción que notifica	Estado, territorio o jurisdicción que notifica el caso a los CDC.
ID estatal del caso	Identificación única asignada por el departamento de salud estatal.
Nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona que notifica	Información de contacto de la persona que notifica el caso a los CDC.
Nombre y número de teléfono del médico	Nombre y número de teléfono del proveedor de atención médica primaria
Estado del paciente	La melioidosis recurrente se define como volver a presentar enfermedad clínica con cultivos positivos de <i>B. pseudomallei</i> <18 meses después del diagnóstico inicial y después del tiempo designado para la completación del tratamiento (ambas fases: intravenosa y oral) del episodio anterior, independientemente de si el paciente siguió la terapia o se perdió inicialmente para el seguimiento.
Patógeno	Especifique la especie de <i>Burkholderia</i> .
¿Es parte de un brote?	Indique si el caso es parte de un conglomerado o un brote.

Información demográfica del caso	Detalles
Sexo	Sexo genético del paciente.
Embarazo	Estado de embarazo al comienzo de la enfermedad actual.
Edad	Edad del paciente al comienzo de la enfermedad actual.
Domicilio	Estado, condado y código postal del domicilio actual del paciente.
País habitual de residencia	Si el paciente no es residente de los EE. UU., indique el país donde reside habitualmente.
País de nacimiento	Indique el país original de nacimiento, incluso si nació en los EE. UU. Si no se sabe, ingrese "No se sabe".
Tiempo en los EE. UU.	Si no nació en los EE. UU., indique la cantidad de años que el paciente ha vivido en los EE. UU.
Raza y grupo étnico	Raza y grupo étnico del paciente según su historia clínica o el informe del médico o el personal de control de infecciones (ICP, por sus siglas en inglés). Se pueden marcar múltiples casillas para la raza. No haga suposiciones con base en el nombre o lengua materna. Si no se sabe la raza o el grupo étnico, marque "No se sabe".
Ocupación	Indique la ocupación en el momento del comienzo de la enfermedad. Especifique las ocupaciones anteriores que sean pertinentes (p. ej., ocupaciones con exposiciones relacionadas con el ambiente, animales o viajes).

Antecedentes médicos del caso	Detalles
Afecciones preexistentes	Seleccione todas las afecciones preexistentes. Si el paciente no tiene ninguna afección subyacente, seleccione "Sin afecciones preexistentes".
Consumo excesivo de alcohol	El consumo excesivo de alcohol incluye beber en atracón (4 o más bebidas en una sola ocasión para las mujeres, 5 o más para los hombres) o beber mucho (8 o más bebidas alcohólicas a la semana para las mujeres, 15 o más para los hombres).



**U.S. Department of
Health and Human Services**
Centers for Disease
Control and Prevention

Información de exposiciones del caso	Detalles
Viajes	Indique todos los continentes y estados en la costa del Golfo de los EE. UU. que el paciente ha visitado o en los que ha vivido en su vida. Proporcione la información de viaje específica de todo viaje que el paciente haya hecho en los 30 días anteriores al comienzo de la enfermedad actual, si corresponde.
Exposiciones ambientales	Indique todo contacto con agua, barro, tierra, abono o aguas residuales que el paciente haya tenido en los 30 días anteriores al comienzo de la enfermedad actual y los lugares donde este contacto ocurrió.
Contacto con animales	Indique todo contacto con animales que haya tenido en los 30 días anteriores al comienzo de la enfermedad actual, el tipo de animal y el tipo de exposición.
Eventos meteorológicos significativos	Indique todo evento meteorológico significativo (p. ej., lluvia monzónica, tifón, ciclón, huracán, inundación) al que el paciente se haya expuesto en los 30 días anteriores al comienzo de la enfermedad actual.
Otras exposiciones	Especifique toda otra exposición que no se haya indicado en otro lugar.

Información clínica y del tratamiento del caso	Detalles
Comienzo de la enfermedad	Fecha del comienzo de la enfermedad (mm/dd/aaaa). Fecha indicada del comienzo de los síntomas de esta enfermedad que se está notificando al sistema de salud pública.
Síntomas y afecciones	Seleccione las afecciones identificadas por un médico o síntomas descritos por el paciente asociados a esta enfermedad.
Hospitalización	Indique si se hospitalizó al paciente por esta enfermedad. Proporcione las fechas de ingreso y de alta, si corresponde.
Tratamiento	Seleccione los agentes antimicrobianos recetados y la duración de cada uno. Si se recetaron otros antibióticos, ingrese el nombre genérico y la duración, si se sabe.
Profilaxis posexposición (PEP)	Indique si el paciente recibió PEP o las razones por las cuales no la recibió. Si recibió PEP, indique si siguió el tratamiento hasta completarlo según lo indicado.
Desenlace	Indique el desenlace del paciente tras esta enfermedad. Si murió por esta enfermedad, ingrese la fecha de fallecimiento.

Información sobre las pruebas de laboratorio*	Detalles
Tipo de prueba	Indique el tipo de prueba de laboratorio realizado.
Laboratorio que hizo la prueba	Indique qué laboratorio hizo la prueba.
Tipo de muestra	Indique el tipo de muestra que se recolectó.
Fecha de recolección de la muestra	Indique la fecha en que se recolectó la muestra (mm/dd/aaaa).
Resultados	Indique si la prueba dio positivo; todo resultado cualitativo aplicable asociado a la prueba; la especie identificada, si corresponde; y la fecha del resultado de la prueba (mm/dd/aaaa).
Envío de muestras a los CDC	Indique si se envió la muestra a los CDC para su análisis.
Solicitud de AST	Indique si la jurisdicción desea que los CDC le hagan un análisis de sensibilidad a los antimicrobianos (AST, por sus siglas en inglés) a esta muestra o colonia aislada.

***NOTA:** complete un nuevo segmento sobre las pruebas para cada prueba que se haga (hay 4 segmentos en el formulario).

Clasificación del caso y comentarios	Detalles
Clasificación del caso	Indique la clasificación del caso del paciente, con base en la definición de caso de melioidosis. Los casos confirmados y probables de melioidosis deben notificarse a los CDC según los criterios de notificación delineados en la declaración de posición del Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales (CSTE, por sus siglas en inglés) (22-ID-08).
Comentarios	Proporcione toda otra información pertinente sobre el caso que no se haya proporcionado en otra parte del formulario.



FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE INFECCIÓN POR *BURKHOLDERIA SPP.*

Versión del formulario de abril del 2023

INFORMACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN

Fecha de notificación: _____ Jurisdicción que notifica: _____
ID estatal del caso: _____ Nombre del notificador: _____
Teléfono del notificador: _____ Correo electrónico del notificador: _____
Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____
Estado del caso: _____ Patógeno: _____
Nuevo Recurrente No se sabe *B. mallei* *B. pseudomallei* Otro: _____
¿Es parte de un brote? Sí No No se sabe

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Sexo: Masculino Femenino DOB: _____
Edad: _____ Años Meses Días Embarazo: Sí No No se sabe
DOMICILIO: Estado: _____ Condado: _____ Código postal: _____ Años en los EE. UU. _____
País habitual de residencia: _____ País de nacimiento: _____
Raza: _____ Grupo étnico: _____
Indígena de los EE. UU. o nativa de Alaska Raza negra o afroamericana Otra: Hispano
Asiática Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico No hispano
Raza blanca No se sabe No se sabe
Ocupación: _____ Otra: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes afecciones preexistentes? (Seleccione todo lo que corresponda)
Diabetes Enfermedad hepática Enfermedad pulmonar crónica Enfermedad renal crónica Sin afecciones preexistentes
Cáncer Talasemia Lupus eritematoso sistémico Enfermedad granulomatosa crónica No se sabe
Toma inmunodepresores: _____ Otra afección preexistente: _____
¿Consumo o ha consumido alcohol en exceso?
Consumo excesivo de alcohol actual No
Consumo excesivo de alcohol en el pasado No se sabe

INFORMACIÓN DE VIAJES

¿Ha viajado o vivido ALGUNA VEZ el paciente fuera de los EE. UU. durante su vida (incluido el servicio militar)? Sí No No se sabe
Si la respuesta es "Sí", seleccione todos los continentes que haya visitado o en los que haya vivido durante su vida, y el año de su visita más reciente:
Asia Año: _____ Medio Oriente Año: _____ Centroamérica Año: _____
África Año: _____ Caribe Año: _____ Sudamérica Año: _____
Australia Año: _____ América del Norte (fuera de los EE. UU.) Año: _____
Europa Año: _____
¿Estuvo en el extranjero por servicio militar? Sí No No se sabe
¿Ha visitado o vivido ALGUNA VEZ en alguno de los siguientes estados durante su vida?
Alabama Florida Luisiana Misisipi Texas No/Ninguno No se sabe Año de la visita más reciente: _____
En los 30 días anteriores al comienzo de la enfermedad, ¿viajó 50 millas o más desde su lugar habitual de residencia? Sí No No se sabe
Si la respuesta es "Sí", ¿a dónde? _____ Fechas del viaje, del: _____ al: _____
Si la respuesta es "Sí", ¿a dónde? _____ Fechas del viaje, del: _____ al: _____
Si la respuesta es "Sí", ¿a dónde? _____ Fechas del viaje, del: _____ al: _____

Se estima que la carga del público para reportar esta recolección de información es un promedio de 10 minutos por respuesta, e incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información, y las personas no están obligadas a responder, a menos que el formulario tenga un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sus sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30329-4027; ATTN: PRA (0920-0728).

EXPOSICIONES AMBIENTALES Y A ANIMALES

En los **30 días anteriores al comienzo de la enfermedad**, ¿tuvo el paciente contacto con agua dulce, barro, tierra, abono o aguas residuales?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", marque todo lo que corresponda:

Agua corriente (p. ej. , río, arroyo)	Barro o tierra húmeda	Abundante lluvia
Escorrentía de agua de lluvia/charcos	Aguas de inundación	Otro tipo de tierra
Agua estancada (p. ej., lago, estanque)	Abono	Aguas residuales

Especifique los lugares donde se produjo el contacto:

1. _____ 2. _____ 3. _____

En los **30 días anteriores al comienzo de la enfermedad**, ¿tuvo contacto con algún animal? Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", marque todo lo que corresponda:

Iguana	Pez	Gato	Perro	Cabra	Otro: _____
Oveja	Caballo	Mula	Vaca	Cerdo	

Tipo de exposición:

Manipular o acariciar	Limpiar su ambiente o lugar para dormir
Contacto con líquidos del animal	Animal presente en el hogar o la propiedad
	Otro

Lugar donde se compró u obtuvo el animal:

¿Qué actividades causaron las exposiciones ambientales o a animales indicadas? [Seleccione todo lo que corresponda].

Nadar o bañarse
Pescar en agua dulce
Carreras de aventura, triatlón o carrera en el barro
Andar en bicicleta/motocicleta
Tener mascotas o ganado
Andar en bote, en kayak o hacer *rafting*
Ir de campamento o hacer senderismo (*hiking*)
Hacer deporte en un patio, jardín o parque
Tareas de jardinería

Acariciar/tocar animales en una granja, zoológico u otro lugar
Beber agua
Cazar
Mantenimiento o limpieza de la casa
Lavar platos o ropa
Actividades ocupacionales
Otra: _____

No se sabe

En los **30 días anteriores al comienzo de la enfermedad**, ¿estuvo en algún área con eventos meteorológicos significativos?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es "Sí", marque todo lo que corresponda:

Huracán, ciclón o tifón	Inundación/lluvias fuertes	Tormenta de viento o tornado
Aludes de barro	Terremoto	Otro: _____

Especifique el sitio: _____

Indique toda otra exposición que no se haya mencionado anteriormente:

INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: _____

Seleccione todos los síntomas y afecciones que tuvo el paciente durante esta enfermedad:

Fiebre	Neumonía/derrame pleural	Choque séptico	Desorientación
Nódulo	Infección cutánea o de tejidos blandos	Fatiga	Pérdida de peso
Anorexia	Infección de hueso o articulación	Dolor de pecho	Septicemia
Convulsión	Dolor en las articulaciones	Dolor de cabeza	Encefalomiелitis/meningitis/ enfermedad extrameningea
Derrame pericárdico	Absceso orgánico	Infección del SNC	
Dolores musculares	Malestar abdominal	Úlcera	
Absceso cutáneo	Infección genitourinaria	Dificultad respiratoria	

Otros síntomas y afecciones: _____

TRATAMIENTO Y DESENLACE									
¿Se hospitalizó al paciente por esta enfermedad?	Sí No No se sabe	Fecha de 1.ª admisión: _____ Fecha de 2.ª admisión: _____ Fecha de 3.ª admisión: _____	Fecha de 1.ª alta: _____ Fecha de 2.ª alta: _____ Fecha de 3.ª alta: _____						
¿Se le recetaron o administraron antibióticos?	Sí No No se sabe	Ceftazidima Meropenem Trimetoprim con sulfametoxazol Amoxicilina con ácido clavulánico Otro: _____	Fecha de inicio: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de inicio: _____	Fecha de término: _____ Fecha de término: _____ Fecha de término: _____ Fecha de término: _____ Fecha de término: _____					
¿Recibió el paciente profilaxis posexposición (PEP)?	Sí No No se sabe	Si el paciente no recibió PEP, ¿cuál es la razón? No indicado Alergia Otra: _____ Exposición desconocida Embarazo No disponible No se sabe							
Si recibió PEP, ¿con qué antibiótico?: 		¿Completó el tratamiento? Sí No No se sabe		Si no completó el tratamiento, indique la razón: 					
Desenlace clínico:		Falleció Sigue hospitalizado Sigue enfermo (ambulatorio)		Se recuperó Discapacidad a largo plazo No se sabe		Fecha de fallecimiento: _____			
INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO									
1.ª prueba y muestra									
Tipo de prueba:	PCR IHA	IHC Inmunotransferencia por puntos (IgM)	Otro ELISA IgM Cultivo	Viteck u otro sistema de laboratorio clínico automatizado Otro: _____					
Laboratorio que hizo la prueba: _____									
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido Otro: _____	Especifique el tipo de tejido: _____				Fecha de recolección de la muestra: _____		
Resultado cualitativo:	Positivo Negativo	En el límite Indeterminado	Otro: _____	Resultado cualitativo (ej., valor): _____			Nombre del organismo: _____		
Fecha del resultado de laboratorio: _____									
¿Se envió a los CDC?	Sí	No, colonia aislada destruida	No, muestra no disponible	¿Se solicitó un AST?	Sí	No	No corresponde		
2.ª prueba y muestra									
Tipo de prueba:	PCR IHA	IHC Inmunotransferencia por puntos (IgM)	Otro ELISA IgM Cultivo	Viteck u otro sistema de laboratorio clínico automatizado Otro: _____					
Laboratorio que hizo la prueba: _____									
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido Otro: _____	Especifique el tipo de tejido: _____				Fecha de recolección de la muestra: _____		
Resultado cualitativo:	Positivo Negativo	En el límite Indeterminado	Otro: _____	Resultado cualitativo (ej., valor): _____			Nombre del organismo: _____		
Fecha del resultado de laboratorio: _____									
¿Se envió a los CDC?	Sí	No, colonia aislada destruida	No, muestra no disponible	¿Se solicitó un AST?	Sí	No	No corresponde		

3.ª prueba y muestra									
Tipo de prueba:	PCR	IHC	Otro ELISA IgM		Viteck u otro sistema de laboratorio clínico automatizado				
	IHA	Inmunotransferencia por puntos (IgM)		Cultivo	Otro:				
Laboratorio que hizo la prueba: _____									
Tipo de muestra:	Sangre completa	Líquido cefalorraquídeo		Especifique el tipo de tejido:			Fecha de recolección de la muestra:		
	Suero	Tejido							
	Orina	Otro: _____							
Resultado cualitativo:	Positivo	En el límite	Otro: _____		Resultado cualitativo (ej., valor): _____				
	Negativo	Indeterminado							
Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____									
¿Se envió a los CDC?	Sí	No, colonia aislada destruida	No, muestra no disponible		¿Se solicitó un AST?	Sí	No	No corresponde	
Cuarta prueba y muestra									
Tipo de prueba:	PCR	IHC	Otro ELISA IgM		Viteck u otro sistema de laboratorio clínico automatizado				
	IHA	Inmunotransferencia por puntos (IgM)		Cultivo	Otro:				
Laboratorio que hizo la prueba: _____									
Tipo de muestra:	Sangre completa	Líquido cefalorraquídeo		Especifique el tipo de tejido:			Fecha de recolección de la muestra:		
	Suero	Tejido							
	Orina	Otro: _____							
Resultado cualitativo:	Positivo	En el límite	Otro: _____		Resultado cualitativo (ej., valor): _____				
	Negativo	Indeterminado							
Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____									
¿Se envió a los CDC?	Sí	No, colonia aislada destruida	No, muestra no disponible		¿Se solicitó un AST?	Sí	No	No corresponde	
CLASIFICACIÓN DEL CASO									
Confirmado Probable Presunto No es un caso No se sabe									
COMENTARIOS ADICIONALES									

DOB: fecha de nacimiento, PCR: reacción en cadena de la polimerasa, IHA: hemaglutinación indirecta, IHC: inmunohistoquímica, AST: pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos