

# Encuesta Epidemiológica sobre Histoplasmosis en Colombia

## Datos del paciente

Nombres y apellidos

Sexo

M

F

Año de nacimiento

Nº documento de identidad

Departamento de nacimiento

Otro ¿cuál?

Departamento de residencia

Otro ¿cuál?

## Datos de contacto del paciente

Nombres y apellidos:

Teléfono

Manifestaciones clínicas (marque con una X la opción que corresponda)		Si	No	No dato
1. Fiebre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )				
2. Pérdida de peso				
3. Anorexia				
4. Adinamia				
5. Tos				
6. Expectoración				
7. Disnea				
8. Dolor pleurítico				
9. Crecimiento linfático				
¿Localización?	<div>Cervical</div> <div>Axilar</div> <div>Intra-abdominal</div> <div>Epitroclear</div> <div>Inguinal</div>			
10. Hepatomegalia				
11. Esplenomegalia				
12. Lesiones en piel				
	<div>Localizadas (especificar)</div> <div>Diseminadas</div> <div>Eritema nodoso</div>			
13. Lesiones en mucosas				
¿Dónde?	<div>Oral</div> <div>Nasal</div> <div>Tracto gastro-intestinal</div> <div>otras</div>			
14. Manifestaciones neurológicas				
¿Cuál?	<div>Cefalea</div> <div>Vómito</div> <div>Alteraciones del estado de la conciencia</div> <div>Signos meníngeos</div> <div>Otros</div>			
15. Otras (especificar)				

Factores de riesgo (marque con una X la opción que corresponda) (cuando la respuesta es SI, por favor complete la información)		Si	No	No dato*
1. Infección por VIH	Número de células CD4+/mL			
2. Uso de corticosteroide	Dosis/día			
3. Enfermedad autoinmune	¿Cuál?			
4. Trasplante	Órgano trasplantado			
5. Tumor sólido	Tipo de tumor			
6. Malignidad hematológica	Tipo de malignidad			
7. Diabetes mellitus				
8. Terapia anti TNF				

Factores de riesgo ocupacional (marque con una X la opción que corresponda)	Si	No	No dato*
9. Exposición a excretas de aves			
10. Murciélagos			
11. Remoción de tierra			
12. Trabajo demolición			
13. Visita a cuevas			
14. Antecedentes de viajes			
<div>¿Cuánto hace? (días)</div> <div>Lugar</div>			
15. Otro factor			
¿Cuál?			
16. Sin factor de riesgo aparente			
17. ¿Fue la histoplasmosis la enfermedad que definió el sida?			

\* No sabe/No responde

Diagnóstico de histoplasmosis

Fecha

Caso nuevo

Recaída

Fecha inicio de los síntomas

Prueba diagnóstica (si se realizó la prueba, marque con una X el resultado, si no, marque no realizada) (cuando la respuesta es SI, por favor complete la información)	Positiva	Negativa	No realizada
1. Estudio histopatológico Especificar coloración			
2. Cultivo para <i>Histoplasma spp.</i> ¿De qué muestra?			
LCR			
Sangre			
Lavado broncoalveolar			
Orina			
Espustos			
Otro (especificar)			
3. Detección de anticuerpos			
FC-Título			
ID- Bandas			
H			
M			
NR			
4. Antígenuria			
Resultado			
Cual prueba comercial se utilizo: ELISA LFA			
5. PCR			
Resultado			
Cual prueba se utilizo			
ALTERACIONES DE LABORATORIO			
1--Hemoglobina			
¿Resultado?			
Anemia leve Hb=			
Anemia moderada Hb=			
Anemia severa=			
Valores			
10-12,9 g/dl			
7-9,9 g/dl			
< 7 g/dl			
	Elevados	Disminuidos	Normal
2- Leucocitos			
3-Plaquetas			
4-AST			
5-ALT			
6-Fosfatasa Alcalina			
PATOLOGIAS ASOCIADAS			
Tuberculosis	Si	No	No dato*
Otra micosis. Cuál?			
COVID 19			

## Imágenes diagnósticas (marque con una X la opción que corresponda. Si el resultado es ANORMAL, completar la información)

Radiografía del tórax				TAC de tórax			
Normal			Anormal	Normal			Anormal
¿Resultado?			Infiltrados alveolares	¿Resultado?			Nódulo/s
			Infiltrados intersticiales				Infiltrados alveolares
			Nódulo/s				Infiltrado intersticiales
			Cavitaciones				Compromiso pleural
			Calcificaciones				Adenopatías mediastinales
			Compromiso pleural				Calcificaciones
			Adenopatías mediastinales				Cavitaciones
			Otros hallazgos				Otros hallazgos
							Nuevo Patrón de vidrio esmerilado

## Clasificación de la histoplasmosis (marque con una X la opción que corresponda)

<input type="checkbox"/>	B390 Infección pulmonar aguda debida a <i>H. capsulatum</i>	<input type="checkbox"/>	B391 Infección pulmonar crónica debida a <i>H. capsulatum</i>
<input type="checkbox"/>	B392 Infección pulmonar debida a <i>H. capsulatum</i> , sin otra especificación	<input type="checkbox"/>	B393 Infección diseminada debida a <i>H. capsulatum</i>
<input type="checkbox"/>	B394 Histoplasmosis debida a <i>H. capsulatum</i> , sin otra especificación	<input type="checkbox"/>	B399 Histoplasmosis, no especificada

## Tratamiento para la histoplasmosis

	Medicamentos			Dosis/ día			Tiempo		
Profilaxis primaria	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
Tratamiento inicial	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
Mantenimiento	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.

## Resultado de la terapia antifúngica (egreso) (marque con una X la opción que corresponda)

☐ Éxito (vivo)

☐ Falla ☐ Recaída ☐ Tiempo de recaída

☐ Muerte ☐ Tiempo de muerte (tiempo de muerte luego del diagnóstico).

☐ No dato

## Otras terapias:

Anti\_TB      Antiretroviral      Esteroides      Otra (¿cuál?)

Terapia antiTB/antifúngica Previa ☐      Terapia anti-retroviral/antifúngica Previa ☐      Terapia esteroidea/antifúngica Previa ☐

Simultánea ☐      Simultánea ☐      Simultánea ☐

Posterior ☐      Posterior ☐      Posterior ☐

## Profesionales responsables de la información

Nombre del clínico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del bacteriólogo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Entidad de Salud \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de envío \_\_\_\_\_

## Comentarios

Nota: favor enviar este formulario por correo electrónico a [cduarte@ins.gov.co](mailto:cduarte@ins.gov.co) y el aislamiento o la muestra (especificar de donde se recuperó) al Grupo de Microbiología del Instituto Nacional de Salud.

La información recolectada en esta encuesta tendrá un manejo de forma anónima y confidencial.