

Lesión pulmonar asociada al uso de cigarrillos electrónicos o vapeo | Formulario nacional de notificación de caso

Los CDC están investigando casos sin causa aparente de lesiones pulmonares asociadas al uso de cigarrillos electrónicos o vapeo según se detalla en la advertencia de salud de los CDC (<https://emergency.cdc.gov/han/han00421.asp>). Los departamentos de salud locales y estatales deberán completar este formulario por cada caso de un paciente probable o confirmado (ver la [definición de caso](#)) y transmitir los datos a los CDC utilizando la plataforma DCIPHER o comunicándose con las personas que son punto de contacto estatal de los CDC.

Número de identificación del caso de los CDC _____ Número de registro médico _____
Estado del caso Probable Confirmado ¿Murió? Sí No Si respondió que sí, fecha de la muerte _____
(ver la sección clínica)
Fecha en que se llenó el formulario _____ Nombre del departamento de salud pública _____
Persona que llenó el formulario _____ Número de teléfono del contacto _____

PARTE I: DATOS DEMOGRÁFICOS Y EXPOSICIONES DEL PACIENTE

Datos demográficos del paciente

Condado _____ Estado _____ Género Masculino Femenino Otro Edad _____ años
Raza Blanca Negra Indoamericana/nativa de Alaska Asiática Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico Otra
Grupo étnico Hispano No hispano Otro

Uso de sustancias del paciente en los últimos 3 meses (90 días)

¿Algún uso de **cigarrillos electrónicos** o **vapeo** (p. ej., vapeo, encerado)? Sí No Se negó a contestar
Si respondió que sí, ¿algún uso de cigarrillos electrónicos o vapeo en el **último mes (30 días)**? Sí No
Si respondió que sí, ¿sustancia(s) usadas en los últimos 3 meses (90 días)?
 Nicotina Marihuana, aceite de THC, concentrados de THC, aceite de hachís, cera Canabidiol (CBD) Canabinoides sintéticos
Sabores solamente
 Otras sustancias, especifique _____ No se sabe
¿Algún consumo de tabaco que se quema (p. ej., cigarrillos, cigarros)? Sí No ¿Algún otro producto de tabaco (p. ej., tabaco sin humo)?
 Sí No
¿Algún consumo de marihuana combustible (es decir, alguna marihuana no vaporizada)? Sí No ¿Algún otro producto de marihuana (p. ej., comestible)? Sí No

¿Algún consumo reportado de nicotina en cigarrillos electrónicos o vapeo? Sí No Último día de consumo _____
Si respondió que sí, ¿cuál es la frecuencia del consumo? Diario Unas cuantas veces por semana, especifique: _____ Unas cuantas veces al mes, especifique: _____
 Mensualmente o menos [Lógica de salto: En promedio, ¿cuántas veces al día? _____]
¿Reportó el paciente consumir nicotina saborizada en producto(s) de cigarrillos electrónicos o vapeo? Sí No
¿De cuántas marcas usó productos que contenían nicotina para vapeo o encerado en los últimos 3 meses? _____ [ingrese un número entero]
¿Dónde se compraron u obtuvieron los cigarrillos electrónicos o productos de vapeo con nicotina? *Marque todas las opciones que correspondan*
 Dispensario médico Dispensario recreativo (tienda minorista de cannabis/marihuana) Tienda de vapeo Tienda temporal (*pop-up shop*)
 Tienda de conveniencia/estación de servicio Familiar o amigo vendedor ilícito En Internet Otro, describa _____
¿Qué tipo de dispositivos se usaron con este producto? *Seleccione todos los que correspondan*
 cigarrillos electrónicos desechables cigarrillos electrónicos con cartuchos precargados cigarrillos electrónicos con tanque que puede volver a llenarse con líquidos (p. ej., los *mod*)
 Cigarrillos electrónicos con cápsulas ("*pods*") o cartuchos precargados o de recarga (p. ej., JUUL, Suorin) Otro, describa _____
¿Fue un dispositivo modificable (un dispositivo que permite al usuario escoger temperaturas más altas o variables)? Sí No No se sabe
¿Modificó el paciente el dispositivo o le añadió una sustancia en forma no aprobada por el fabricante? Sí No No se sabe
Si respondió que sí, explique _____
¿Compartió el paciente el producto con alguien que se enfermó? Sí No
¿Se envió para análisis la muestra del producto? Sí No Si respondió que sí, ¿dónde se analizó la muestra? _____ Número(s) de identificación de la muestra del producto _____

¿Algún consumo reportado de THC en cigarrillos electrónicos o vapeo? Sí No Último día de consumo _____
Si respondió que sí, ¿cuál es la frecuencia del consumo? Diario Unas cuantas veces por semana, especifique: _____ Unas cuantas veces al mes, especifique: _____
 Mensualmente o menos [Lógica de salto: En promedio, ¿cuántas veces al día? _____]
¿Reportó el paciente consumir THC saborizada en producto(s) de cigarrillos electrónicos o vapeo? Sí No
¿De cuántas marcas usó productos que contenían THC para vapeo o encerado en los últimos 3 meses? _____ [ingrese un número entero]
¿Cuál fue el propósito del uso de producto(s) con THC? Fines médicos fines no médicos (recreativos) otro, especifique _____
¿Cuáles sustancias de THC se usaron en un cigarrillo electrónico, dispositivo de vapeo, vaporizador o pipa (*rig*) para cera? *Seleccione todas las que correspondan*
 Hierba de marihuana Aceites de THC Aceite de hachís butano Concentrado de THC (p. ej., *cera, batter/budder, crumble, shatter, pull y snap*)
 Polvo de THC (p. ej., *dry sift*) Otro, describa _____
¿Dónde se compraron u obtuvieron los productos de cigarrillos electrónicos o de vapeo con **THC**? *Marque todas las opciones que correspondan*

Dispensario médico Dispensario recreacional (tienda minorista de cannabis/marihuana) Tienda de vapeo Tienda temporal (pop-up shop)

Tienda de conveniencia/estación de servicio Familiar o amigo Vendedor ilícito En Internet Otro, describa _____

¿Qué tipo de dispositivos se usaron con esta sustancia? *Seleccione todos los que correspondan*

Dispositivos desechables Dispositivos con cartuchos precargados Dispositivos con tanque que puede volver a llenarse con líquidos (p. ej., los mod)

Dispositivos con cápsulas ("pods") o cartuchos precargados o de recarga (p. ej. JUUL, Suorin) Pipa (rig) para cera Vaporizador (para hierbas secas, etc.) Otro _____

¿Qué tipo de cartuchos con THC se usaron con los dispositivos? Rove Dank Vapes Golden Gorilla Smart Cart Otro _____

¿Fue un dispositivo modificable (un dispositivo que permite al usuario escoger temperaturas más altas o variables)? Sí No Desconocido

¿Modificó el paciente el dispositivo o le añadió una sustancia en forma no aprobada por el fabricante? Sí No No se sabe

Si respondió que sí, explique _____

¿Se envió para análisis la muestra del producto? Sí No Si respondió que sí, ¿dónde se analizó la muestra? _____ Número(s) de identificación de la muestra del producto _____

PARTE II: INFORMACIÓN CLÍNICA

Síntomas cuando llegó para recibir atención médica

Motivo principal de la consulta _____ Fecha de inicio de síntomas _____

¿Síntomas gastrointestinales? Sí No No se sabe Si respondió que sí, describa _____

¿Síntomas respiratorios? Sí No No se sabe Si respondió que sí, describa _____

¿Síntomas generales? Sí No No se sabe Si respondió que sí, describa _____

(p. ej., fiebre/escalofríos, malestar)

¿Pérdida de peso durante la enfermedad actual? Sí No No se sabe Si respondió que sí, cantidad (lb) _____

Antecedentes médicos

¿Enfermedad respiratoria crónica (incluidas asma, epoc, etc.)? Sí No Si respondió que sí, especifique el tipo de enfermedad _____

¿Enfermedad cardíaca? Sí No Si respondió que sí, especifique el tipo de enfermedad _____

¿Ansiedad? Sí No

¿Depresión? Sí No

¿Otra enfermedad crónica? Sí No Si respondió que sí, especifique el tipo de enfermedad crónica _____

¿Está embarazada? Sí No No se sabe Si respondió que sí, trimestre Primero Segundo Tercero No se sabe

Imágenes

Imágenes del tórax realizadas TC de tórax Radiografía de tórax Ambas

Ubicación de los hallazgos anormales Bilateral Derecha Izquierda Normal (no hay)

Infiltraciones/opacidades presentes Sí No

Exclusión subpleural en TC Sí No No se sabe

Especifique otros hallazgos anormales en imágenes del tórax (p. ej., neumotórax) _____

Pruebas de enfermedades infecciosas

Perfil viral respiratorio Positivo (especifique _____) Negativo Pendiente No se ha hecho

Influenza (gripe) Positivo (especifique _____) Negativo Pendiente No se ha hecho

Hemocultivos Positivo (especifique los organismos _____) Negativo Pendiente No se ha hecho

Antígeno de *Legionella* en orina Positivo Negativo Pendiente No se ha hecho

Antígeno neumocócico en orina Positivo Negativo Pendiente No se ha hecho

Mycoplasma pneumoniae Positivo (especifique _____) Negativo Pendiente No se ha hecho

Otra Especifique _____

Evolución clínica de la lesión pulmonar

¿Es esta la primera vez que el paciente se presenta para recibir atención clínica para estos síntomas? Sí No Si respondió que sí, ¿se programó una visita de seguimiento? Sí No

¿Tenía hipoxemia el paciente en alguna de las visitas de atención ambulatoria, de urgencia o de emergencia? Sí No Si respondió que sí, fecha(s) _____ Nivel más bajo: _____

Visita ambulatoria #1 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____ Visita ambulatoria #2 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____

¿Hubo visitas ambulatorias/clínicas adicionales? Sí No Si respondió que sí, especifique el número de visitas adicionales _____

Visita de atención de urgencia #1 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____ Visita de atención de urgencia #2 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____

¿Hubo visitas de urgencia adicionales? Sí No Si respondió que sí, especifique el número de visitas adicionales _____

Visita a la sala de emergencias (ED) #1 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____
Visita a la ED #2 Sí No Si respondió que sí, fecha de la visita _____
¿Hubo visitas adicionales a la ED? Sí No Si respondió que sí, especifique el número de visitas adicionales _____
Hospitalización #1 Sí No Si respondió que sí, fecha de la hospitalización _____ Fecha del alta _____
Hospitalización #2 Sí No Si respondió que sí, fecha de la hospitalización _____ Fecha del alta _____
¿Hubo hospitalizaciones adicionales? Sí No Si respondió que sí, especifique el número de hospitalizaciones adicionales _____

Admisión a cuidados intensivos (UCI) Sí No Si respondió que sí, fecha de admisión a UCI _____
Permanencia en UCI (en días) _____
¿Se trató con esteroides? Sí No Si respondió que sí, medicamentos: _____ dosis: _____ fecha de inicio: _____ duración: _____
 Disminución progresiva
¿Se trató con antibióticos? Sí No Si respondió que sí, medicamentos: _____ dosis: _____ fecha de inicio: _____
duración: _____
¿Se trató con antivirales? Sí No Si respondió que sí, medicamentos: _____ dosis: _____ fecha de inicio: _____
duración: _____
¿Requirió ayuda respiratoria? Se intubó (duración _____) BiPAP/CPAP/flujo alto
¿Requirió oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)? Sí (duración _____) No

Muestras clínicas

¿Se realizó lavado broncoalveolar? Sí, fecha de la muestra _____ No Si respondió que sí, ¿dónde se hizo el análisis?
_____ Identificación de la muestra _____
Si respondió que sí, ¿tinción de lípidos? Sí No
Si respondió que sí, macrófagos cargados de lípidos observados Sí No
¿Muestra de sangre disponible para pruebas? Sí, fecha de la muestra _____ No Si respondió que sí, ¿dónde se hizo el
análisis? _____ Identificación de la muestra _____
¿Muestra de orina disponible para pruebas? Sí, fecha de la muestra _____ No Si respondió que sí, ¿dónde se hizo el
análisis? _____ Identificación de la muestra _____
¿Se realizó biopsia pulmonar? Sí, fecha de la muestra _____ No Si respondió que sí, ¿dónde se hizo el
análisis? _____ Identificación de la muestra _____
Si respondió que sí, ¿tinción de lípidos? Sí No
Si respondió que sí, macrófagos cargados de lípidos observados Sí No
Si respondió que sí, ¿los hallazgos concuerdan con lesión pulmonar aguda? Sí No Si respondió que no, especifique los
hallazgos _____
Si respondió que sí, ¿hubo otros hallazgos importantes? _____

Información sobre la muerte

Murió Sí No Si respondió que sí, especifique el lugar _____ Fecha de la muerte _____
Causa inmediata de la muerte _____ Causas contribuyentes de la muerte _____
¿Se realizó autopsia? Sí No Si respondió que sí, se recolectó muestra de la autopsia Sí No Si respondió que sí, ¿dónde se
hizo el análisis? _____ Identificación de la muestra _____
Si respondió que sí, ¿se hizo tinción de lípidos al tejido pulmonar de la autopsia? Sí No Si respondió que sí, macrófagos cargados
de lípidos observados Sí No
Si respondió que sí, ¿los hallazgos concuerdan con lesión pulmonar aguda? Sí No Si respondió que no, especifique los
hallazgos _____
Si respondió que sí, ¿hubo otros hallazgos importantes? _____