

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL PARA LA COVID-19

HERRAMIENTA DE OBTENCIÓN DE DATOS PARA LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

DISEÑO DE ESTE CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)

Este CRD está formado por módulos para la recopilación de datos para la base de datos de ISARIC COVID-19 Core o para estudios independientes.

El **Módulo 1 y el Módulo 2** deberán completarse el primer día de presentación/ingreso o el primer día de evaluación de la COVID-19.

El **Módulo 2** deberá completarse también el primer día de ingreso en la UCI o unidad de cuidados intermedios, o en caso de recibir cuidados intensivos en cualquier unidad o planta, y los días en que se toman muestras específicas para investigación. También se debe completar de forma diaria si resulta de interés para el análisis específico y local. Continúe con el seguimiento de los pacientes que se trasladan de una unidad o planta a otra.

El **módulo 3** (desenlace) deberá completarse en el momento del alta o fallecimiento.

DIRECTRICES GENERALES

- El CRD se ha diseñado para recopilar datos obtenidos mediante exploración, anamnesis y revisión de las notas hospitalarias. Los datos pueden recopilarse de forma prospectiva o retrospectiva si el paciente inicia su participación después de la fecha de admisión.
- Consulte la Guía para completar el CRD para obtener más información sobre cómo rellenar este formulario
- Los números de identificación de participante están formados por un código de centro de 3 o 5 dígitos y un número de participante de 4 dígitos.
Puede obtener un código de centro y registrarse en el sistema de gestión de datos poniéndose en contacto con ncov@isaric.org. Los números de los participantes se asignarán de forma secuencial para cada centro, empezando por 0001. En el caso de los centros que incluyen participantes de distintos departamentos o unidades, o en caso de que fuera difícil asignar números secuenciales, se acepta la asignación de números en bloques o la incorporación de letras. P. ej., el departamento X asignará números de 0001 o A001 en adelante y el departamento Y asignará números del 5001 o del B001 en adelante. Introduzca el número de identificación de participante en la parte superior de cada página.
- Los CRD en papel impreso pueden usarse para después transferir los datos a la base de datos electrónica.
- Para los participantes que vuelven para volver a ser ingresados en el mismo centro, **empiece un nuevo cuaderno con un número de identificación del participante distinto**. Marque «Sí-ingreso previo en este centro» en el apartado de REINGRESOS. Introduzca los datos como 2 entradas separadas en la base de datos electrónica.
- Para los participantes que hayan sido trasladados de un centro a otro y ambos centros utilizan este cuaderno para recopilar datos, es preferible que los datos se introduzcan usando el mismo nombre de centro y un único ingreso, con el mismo número de identificación del participante. Si no fuera posible, el primer centro deberá indicar que el paciente ha sido «trasladado a otro centro» en el apartado DESENLACE, y el segundo centro deberá usar un nuevo cuaderno con un nuevo número de paciente e indicar «Sí- trasladado desde otro centro» en el apartado REINGRESO.
- Complete todos los ítems de todos los apartados, excepto en los casos en que las instrucciones digan que puede saltarse un apartado basándose en una respuesta.
- Los ítems con círculos (●) corresponden a respuestas únicas (seleccione solo una respuesta). Los ítems con cuadrados (□) corresponden a respuestas múltiples (seleccione todas las respuestas que correspondan).
- Marque «No hecho» cuando haya resultados o valores de laboratorio que no estén disponibles, no correspondan o se desconozcan.
- Evite registrar datos fuera de las áreas dedicadas. Existen apartados disponibles para registrar información adicional.

- Si utiliza el CRD en papel, le recomendamos que escriba con claridad y con bolígrafo, utilizando letras MAYÚSCULAS.
- Escriba una (X) para seleccionar la respuesta correspondiente. Para hacer correcciones, tache (-----) los datos que desea borrar y escriba los datos correctos por encima. Ponga sus iniciales y fecha en todas las correcciones.
- Mantenga juntas todas las hojas correspondientes a un mismo participante, utilice por ejemplo una grapa o una carpeta de participante individual.
- Transfiera todos los datos del CRD en papel a la base de datos electrónica. Todos los CRD deben guardarse localmente. No nos envíe ningún cuaderno. Los datos solo se aceptan a través de la base de datos electrónica segura.
- Introduzca los datos en el sistema electrónico de recopilación de datos en <https://ncov.medsci.ox.ac.uk/>. Si su centro quiere recopilar datos de forma independiente, estaremos encantados de respaldar el establecimiento de bases de datos locales.
- Póngase en contacto con nosotros en la dirección ncov@isaric.org si necesita nuestra ayuda con las bases de datos, si tiene algún comentario o para hacernos saber que está utilizando los cuadernos.

MÓDULO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN/INGRESO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Infección por nuevo coronavirus (COVID-19) probable o probada: ☐ SÍ ☐ NO

¿Es COVID-19 la razón del ingreso hospitalario?

☒ Sí, la razón del ingreso hospitalario es COVID-19

☒ No, el paciente ha sido ingresado por un motivo que no es COVID-19

DATOS DEMOGRÁFICOS (Desc. = Se desconoce)

Nombre del centro médico: País:

Fecha de inicio de participación /fecha de la primera evaluación de la COVID-19: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]

Grupo étnico (marque todas las respuestas que correspondan): ☐ Árabe ☐ Negro ☐ Este de Asia ☐ Sur de Asia ☐ Oeste de Asia ☐ Latinoamérica ☐ Blanco

☐ Aborígen/Primeras Naciones ☐ Otro: ☒ Desc.

¿Trabaja como personal sanitario? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. ¿Trabaja en un laboratorio de microbiología? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Sexo biológico: ☐ Varón ☐ Mujer ☐ No especificado/Se desconoce Edad [] [] años O [] [] meses

¿Embarazo? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ: Valoración de las semanas de gestación: [] [] semanas

¿POSTPARTO (en las 6 semanas siguientes al parto)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. (en caso negativo, omitir este apartado)

Desenlace del embarazo: ☐ Nacido vivo ☐ Nacido muerto Fecha del parto: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]

¿Se ha hecho la prueba de COVID-19/SARS-CoV-2 al recién nacido? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí, indique el resultado: ☐Positivo ☐Negativo ☐Desc. (si fuera positivo, rellene un CRD separado para el recién nacido)

NIÑO: ¿menos de 1 año? **OSÍ** **ONNO** (en caso negativo, omitir este apartado)

Peso al nacer: , ☐kg o ☐libras ☐Desc.Desenlace de la gestación: ☐ Nacido a término (≥ 37 semanas de EG) ☐ Prematuro (< 37 semanas de EG) ☐ Desc.

¿Amamantado? ☐ Sí-amamantado actualmente ☐ Sí-dejó de amamantar ☐ NO ☐ Desc.

¿Vacunaciones correspondientes al país o edad? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

INFECCIONES DE COVID-19 ANTERIORES

¿El paciente ha tenido COVID-19 con anterioridad?

☐ No ☐ Sí – una vez antes ☐ Sí – dos veces antes ☐ Sí - tres veces antes

(hay más espacio en el eCRD para reflejar este punto)

Primera infección de COVID-19: ¿Cuándo tuvo lugar la primera infección de COVID? (MM/AAAA) _____

¿Se confirmó la primera infección de COVID mediante análisis?: ☐ Sí, confirmada mediante análisis ☐ No, no confirmada mediante análisis

¿El paciente fue ingresado en el hospital por su primera infección de COVID? ☐ Sí ☐ No

Segunda infección de COVID-19: ¿Cuándo tuvo lugar la segunda infección de COVID ? (MM/AAAA)

¿Se confirmó la segunda infección de COVID mediante análisis?: ☐ Sí, confirmada mediante análisis ☐ No, no confirmada mediante análisis

¿El paciente fue ingresado en el hospital por su segunda infección de COVID? ☐ Sí ☐ No

Si se registraron previamente en este estudio los datos de este paciente, registre en la sección siguiente el Número de identificación del participante (NIP) utilizado anteriormente.

MÓDULO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN/INGRESO

REINGRESO Y NIP UTILIZADO ANTERIORMENTE (Desc. = Se desconoce)

¿El paciente había ingresado anteriormente o había sido trasladado desde otro centro durante este episodio de enfermedad?

☐ Sí-ingreso previo en este centro ☐ Sí--trasladado desde otro centro ☐ NO ☐ Desc.

Número de admisiones previas por esta infección: _____

¿Se han recopilado los datos de este paciente previamente con un número de paciente distinto?: ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí, número de identificación del participante (NIP): _____

INICIO Y ADMISIÓN

Fecha de inicio del primer síntoma o del más temprano: [][][][][]/[][][][][]/[][][][][]

Fecha más reciente de presentación o ingreso en este centro: [][][][][]/[][][][][]/[][][][][]

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DE INGRESO HOSPITALARIO (primeros datos disponibles el día de presentación/ingreso, en 24 horas) (Desc. = Se desconoce)

Temperatura: [][][][][] °C o °F

FC: [][][][][] latidos por minuto

FR: [][][][][] respiraciones por minuto

Tensión sistólica: [][][][][] mmHg Tensión diastólica: [][][][][] mmHg

Saturación de oxígeno: [][][][][] kg ☐ Aire ambiente ☐ Oxigenoterapia ☐ Desc.

Tiempo de llenado capilar externo >2 segundos. ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Estatura: [][][][][] cm Peso: [][][][][] kg

SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR (Desc. = Se desconoce)

Historial de fiebre	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Fatiga/malestar	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Tos ☐ Sí - no productiva ☐ Sí - productiva		Anorexia	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
☐ Sí - con hemoptisis ☐ NO ☐ Desc.		Estado de conciencia alterado/confusión	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Dolor de garganta	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Dolor muscular (mialgia)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Goteo nasal (rinorrea)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Dolor articular (artralgia)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Sibilancias	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Incapaz de andar	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Falta de aliento	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Dolor abdominal	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Tiraje	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Diarrea	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Dolor torácico	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Vómitos o náuseas	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Conjuntivitis	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Erupción cutánea	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Linfoadenopatía	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Sangrado (hemorragia)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Cefalea	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Si la respuesta es Sí, especificar sitio o sitios: _____	
Pérdida del olfato (anosmia)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Otros síntomas	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
Pérdida del gusto (ageusia)	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	Si la respuesta es Sí, especificar: _____	
Convulsiones	☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.		

MÓDULO 1: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA PRESENTACIÓN/INGRESO

VACUNACIÓN (Desc. = Se desconoce)

Vacunación frente a la COVID-19 ☒ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Fecha de la primera vacuna: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Fecha: ☒ real ☐ estimada

Tipo de primera vacuna: ☐Pfizer/BioNTech | ☐AstraZeneca Oxford (Covishield en India) | ☐Moderna | ☐Novavax
☐Janssens (Johnson & Johnson) | ☐Sinopharm | ☐Sinovac | ☐Sputnik V | ☐Covaxin | ☐CanSinoBIO
☐Desc. | ☐Otra, especifíquese _____

Fecha de la segunda vacuna: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Fecha: ☒ real ☐ estimada

Tipo de segunda vacuna: ☐Pfizer/BioNTech | ☐AstraZeneca/Universidad de Oxford (Covishield en India) | ☐Moderna | ☐Novavax
☐Janssens (Johnson & Johnson) | ☐Sinopharm | ☐Sinovac | ☐Sputnik V | ☐Covaxin | ☐CanSinoBIO
☐Desc. | ☐Otra, especifíquese

Fecha de la tercera vacuna: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] Fecha: ☒ real ☐ estimada

Tipo de tercera vacuna: ☐Pfizer/BioNTech | ☐AstraZeneca/Universidad de Oxford (Covishield en India) | ☐Moderna | ☐Novavax
☐Janssens (Johnson & Johnson) | ☐Sinopharm | ☐Sinovac | ☐Sputnik V | ☐Covaxin | ☐CanSinoBIO
☐Desc. | ☐Otra, especifíquese

Vacunación contra la gripe en los últimos 6 meses: ☒ Sí ☐ NO ☐ Desc.

Fecha de vacunación contra la gripe: [D][D][M][M][2][0][A][A] Fecha: ☒ real ☐ estimada

MEDICACIÓN PREINGRESO (tomada en los 14 días previos al ingreso/presentación en el centro sanitario) (Desc. = Se desconoce)

Corticoesteroides	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, ☐ Orales ☐ Inhalados ☐ Desc.
Otros agentes inmunosupresores (aparte de los corticoesteroides orales)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Antibióticos	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:_____
Antivirales	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:_____
Otros medicamentos para la COVID-19	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, indique los agentes:_____

COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO *(enfermedades existentes antes del ingreso y aún presentes)* (Desc. = Se desconoce)

Enfermedad cardíaca crónica (<i>no incluye hipertensión</i>)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Enfermedad hemática crónica	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Hipertensión	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	SIDA / VIH ☐ SÍ-con TAR ☐ SÍ-sin TAR ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, incluya la cifra de CD4: ☐ < 200 ☐ 200-< 500 ☐ ≥ 500 células/ul ☐ Desc.	
Enfermedad pulmonar crónica (<i>no incluye asma</i>)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Diabetes Mellitus ☐ SÍ-Tipo 1 ☐ SÍ-Tipo 2 ☐ SÍ -Gestacional ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, incluya los resultados de HbA1C (en los últimos 6 meses): _____ Unidades: ☐ mmol/mol ☐ mmol/l ☐ %	
Asma (<i>diagnosticado por un médico</i>)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Trastorno reumático	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Enfermedad renal crónica	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Demencia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Obesidad (<i>definida por el personal médico</i>)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Tuberculosis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Enfermedad hepática moderada o grave	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Desnutrición	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Enfermedad hepática leve	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Fumador/a ☐ SÍ ☐ Nunca ha fumado ☐ Exfumador ☐ Desc.	
Asplenia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Otros factores de riesgo relevantes	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Trastorno neurológico crónico	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Si la respuesta es SÍ, especificar:
Neoplasia maligna	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	

MÓDULO 2: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA INGRESO, CUIDADOS INTENSIVOS Y TOMA DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN

A rellenar el primer día de ingreso o en la primera evaluación relacionada con la COVID-19, también el primer día de ingreso en la UCI (si difiere del día de ingreso en el hospital). También se debe cumplimentar los días en que se reciban los resultados de laboratorio.

SIGNOS Y SÍNTOMAS (registre el peor valor entre las 00:00 y las 24:00 el día de la evaluación)(peor valor=el más alejado del intervalo normal) (Desc. = Se desconoce)	
FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [D] [D] /[M] [M] /[A] [A]	
Temperatura más alta: [] [] [], [] °C o [] [] [] °F FC: [] [] [] latidos/minuto FR: [] [] [] respiraciones/minuto	
Tensión sistólica: [] [] [] mmHg Tensión diastólica: [] [] [] mmHg	
Saturación de oxígeno SaO ₂ [] [] []%	
Cualquier tipo de oxígeno suplementario: ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí,	
FiO ₂ (0,21-1,0) [] [] [] o [] [] % o [] [] l/min (l/min más elevado)	
PaO ₂ (en el momento más cercano a la FiO ₂ registrada al principio de la página) [] [] [] ☐ kPa o ☐ mmHg ☐ No hecha	
Tipo de muestra para PaO ₂ : ☐ Arterial ☐ Capilar ☐ Venosa ☐ Desc.	
Del mismo registro de gasimetría en sangre que la PaO ₂ :	
PCO ₂ [] [] [] ☐ kPa o ☐ mmHg pH [] [] [] HCO ₃ ⁻ [] [] [] mEq/l Exceso de base [] [] [] mmol/l	
Tiempo de llenado capilar esternal >2 segundos ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
AVPU: Alerta [] Voz [] Dolor [] Sin respuesta [] Escala de coma de Glasgow (GCS / 15) [] []	
Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS) []	
Tensión arterial media [] [] [] mmHg ☐ Desc.	
Uroflujometría [] [] [] [] [] ml/24 horas ☐ Marcar si es una estimación ☐ Desc.	
El paciente recibe actualmente o ha recibido (entre las 00:00 y las 24:00 horas el día de la evaluación) (Desc. = Se desconoce)	
¿Ingresado actualmente en la UCI/UTI? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Oxigenoterapia por cánula nasal? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Ventilación mecánica no invasiva? (De cualquier tipo) ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí: ☐ BIPAP ☐ CPAP ☐ Otra ☐ Desc.	
¿Ventilación invasiva? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Decúbito prono? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es sí, ☐ durante la ventilación invasiva ☐ durante la ventilación autónoma ☐ Desc.	
¿Óxido nítrico inhalado? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Traqueostomía insertada? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Oxigenación por membrana extracorporeal (OMEC/ECMO)? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí: ☐ VV ☐ VA ☐ Central ☐ Desc.	
¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Asistencia con vasopresores/inotrópicos? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. (si la respuesta es NO, seleccione NO en las 3 preguntas siguientes)	
Dopamina <5 µg/kg/min O dobutamina O milrinona O levosimendán: ☐ Sí ☐ NO	
Dopamina 5-15 µg/kg/min O epinefrina/norepinefrina <0,1 µg/kg/min O vasopresina O fenilefrina: ☐ Sí ☐ NO	
Dopamina >15 µg/kg/min O epinefrina/norepinefrina >0,1 µg/kg/min: ☐ Sí ☐ NO	
¿Agentes de bloqueo neuromuscular? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.	
¿Otras intervenciones o procedimientos? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí, especificar:	

MÓDULO 2: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA INGRESO, CUIDADOS INTENSIVOS Y TOMA DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN

A rellenar el primer día de ingreso o en la primera evaluación relacionada con la COVID-19, también el primer día de ingreso en la UCI (si difiere del día de ingreso en el hospital). También se debe cumplimentar los días en que se reciban los resultados de laboratorio.

RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO (el día del ingreso, en cualquier ingreso en la UCI y a diario). Completar todas las entradas.

FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_A_][_A_]

RESULTADOS DE LABORATORIO (*registre las unidades si son distintas a las indicadas)

Registrar el peor valor medido entre las 00:00 y las 24:00 horas el día de la evaluación (si no estuviera disponible, escriba «N/A»)

Parámetro	Valor*	No hecho	Parámetro	Valor*	No hecho
Hemoglobina (g/l)		☐	Urea (BUN) (mmol/l)		☐
Cifra de leucocitos (x10 ⁹ /l)		☐	Lactato (mmol/l)		☐
Cifra de linfocitos (10 ⁹ /l)		☐	Creatinina (μmol/l)		☐
Cifra de neutrófilos (10 ⁹ /l)		☐	Sodio (mmol/l)		☐
Hematocrito (%)		☐	Potasio (mmol/l)		☐
Plaquetas (x10 ⁹ /l)		☐	Procalcitonina (ng/ml)		☐
TTPa (segundos)		☐	Proteína C reactiva (mg/l)		☐
INR		☐	LDH (U/l)		☐
TP (segundos)		☐	Creatina quinasa (U/l)		☐
INR		☐	Troponina I (ng/ml)		☐
ALT/SGPT (U/l)		☐	Dímero-D (mg/l)		☐
Bilirrubina total (μmol/l)		☐	Ferritina (ng/ml)		☐
AST/SGOT (U/l)		☐	IL-6 (pg/ml)		☐
Glucosa (mmol/l)		☐	Fibrinógeno (mg/dl)		☐

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS - DESENLACE

TRATAMIENTO: Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado en (Desc. = Se desconoce):

¿Algún tipo de oxigenoterapia? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, duración total: _____ días ☐ Desc.

Volumen de flujo de O₂ máximo: ☐ <2 l/min ☐ 2-5 l/min ☐ 6-10 l/min ☐ 11-15 l/min ☐ >15 l/min

¿Ventilación mecánica no invasiva? (cualquier tipo) ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, duración total:

días **Desc.**

¿Ventilación invasiva? (Cualquier tipo) ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.
☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, duración total: _____ días

Oxigenoterapia de alto flujo ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, duración total: días ☐ Desc.

¿Decúbito prono? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

¿Óxido nítrico inhalado? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.

¿Traqueostomía insertada? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

¿Oxigenación por membrana extracorporeal? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, duración total: _____ días

¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

¿Inotropos/vasopresores? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí, duración total: días ☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, indique la fecha de ingreso en la UCI: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☐ Desc.

fecha de alta de la UCI: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] Desc.

COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió (Desc. = Se desconoce):

Neumonitis vírica/neumonitis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Meningitis/encefalitis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Neumonía bacteriana	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Bacteriemia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Trastorno coagulatorio / CID	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Neumotórax	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Embolia pulmonar	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Derrame pleural	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Trombosis venosa profunda	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Neumonía organizada criptogénica	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Otras tromboembolias (no EP o TVP)	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Bronquiolitis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Anemia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Parada cardíaca	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Rabdomiolisis / miositis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Infarto miocárdico	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Lesión renal aguda/ fallo renal agudo	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Isquemia cardíaca	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Hemorragia gastrointestinal	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Arritmia cardíaca	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Pancreatitis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Miocarditis/pericarditis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Disfunción hepática	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Endocarditis	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Hiperglucemia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Cardiomiopatía	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Hipoglucemia	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Insuficiencia cardíaca, congestiva	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.	Otras Si la respuesta es Sí, especificar: _____	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.
Crisis convulsiva	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.		
Ictus/accidente cerebrovascular	☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.		

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS - DESENLACE

DIAGNÓSTICO (Desc. = Se desconoce)

Apartado 1: PRUEBAS PCR PARA VIRUS RESPIRATORIOS

SARS-CoV-2 (COVID-19): ☐Positivo ☐Negativo ☐No hecho ☐Desc.

¿Se realizaron otras pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? ☐ SÍ (completar apartado) ☐ NO ☐ Desc.

Gripe: ☐Positivo ☐Negativo ☐No hecho ☐Desc.

Si el resultado fue Positivo: ☐ A-sin tipificar ☐ A/H3N2 ☐ A/H1N1pdm09 ☐ A/H7N9 ☐ A/H5N1 ☐ B

☐ Otro: ☐ Desc.

Virus respiratorio sincitial (VRS): ☐Positivo ☐Negativo ☐No hecho ☐Desc.

Adenovirus: ☐Positivo ☐Negativo ☐No hecho ☐Desc.

Apartado 2: PRUEBAS BACTERIANAS

Bacterias: ☐Positivo ☐Negativo ☐No hecho **Si es positivo, especificar:** ☐Desc.

Otros patógenos detectados: ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí, especificar todos: ☐ Desc.

Apartado 3: RADIOLOGÍA

¿Neumonía clínica diagnosticada?: ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

¿Se han hecho pruebas de rayos X torácicas? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es Sí: ¿se han observado infiltrados? ☐ Sí ☐ NO ☐ Desc.

¿Se ha hecho un TAC? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ: ¿se han observado infiltrados? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Apartado 4: DATOS DE LAS PRUEBAS DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Fecha de recogida de muestra (DD/MM/AAAA)	Tipo de muestra biológica	Método de prueba analítica	Resultado	Patógeno analizado/detectado
__D__D__/_M__M__/_20__A__A__	☐ Muestra nasal/NF ☐ Muestra faríngea ☐ Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Aspirado traqueal ☐ Orina ☐ Heces/frotis rectal ☐ Sangre ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ PCR ☐ Cultivo ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desc.	_____
__D__D__/_M__M__/_20__A__A__	☐ Muestra nasal/NF ☐ Muestra faríngea ☐ Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Aspirado traqueal ☐ Orina ☐ Heces/frotis rectal ☐ Sangre ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ PCR ☐ Cultivo ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desc.	_____
__D__D__/_M__M__/_20__A__A__	☐ Muestra nasal/NF ☐ Muestra faríngea ☐ Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Aspirado traqueal ☐ Orina ☐ Heces/frotis rectal ☐ Sangre ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ PCR ☐ Cultivo ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desc.	_____
__D__D__/_M__M__/_20__A__A__	☐ Muestra nasal/NF ☐ Muestra faríngea ☐ Muestra nasal/NF + muestra faríngea comb. ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Aspirado traqueal ☐ Orina ☐ Heces/frotis rectal ☐ Sangre ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ PCR ☐ Cultivo ☐ Otro, <i>especificar</i> : _____	☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desc.	_____

MÓDULO 3: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS - DESENLACE

MEDICACIÓN: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes?
(Desc. = Se desconoce)

¿AGENTE ANTIVIRAL O PARA LA COVID-19? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, especificar (todos):

☐ Ribavirina Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. Duración: _____ días ☐ Desc.

☐ Lopinavir/Ritonavir Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. Duración: días ☐ Desc.

☐ Remdesivir (Veklury) Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. Duración: _____ días ☐ Desc.

☐ Interferón alfa Fecha de inicio [][]/[][]/[][][][] ☒ Desc. Duración: días ☒ Desc.

☐ Interferón beta Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. Duración: _____ días ☐ Desc.

☐ **Cloroquina/hidroxicloroquina:**

Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. **Duración:** días ☐ Desc.

☐ Inhibidor de interleucina-6 (IL-6) de IL-6 ☒ Desc.

Si la respuesta es **SÍ**, cuál: ☐ Tocilizumab ☐ Sarilumab ☐ Otro inhibidor

Fecha de inicio [D] [D] [/] [M] [/] [M] [/] [2] [/] [0] [/] [A] [/] [A] ☒ Desc. **Duración:** días ☒ Desc.

☐ **Plasma de convaleciente** Fecha de inicio [_D][_D]/[_M][_M]/[_2][_0][_A][_A] ☒ Desc. Duración: _____ días

☐ **Antiviral contra la gripe** Si la respuesta es **SÍ**, cuál: ☐ **Oseltamivir (Tamiflu®)** ☐ **Zanamivir** ☒ **Desc.**

Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. **Duración:** días ☐ Desc.

☐ Otro Fecha de inicio [D][D][/][M][M][/][2][0][A][A] ☒ Desc.

Duración: días ☒ Desc.

¿ANTIBIÓTICO? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, especificar todos:

Agente 1: _____ **Fecha de inicio** [D] [D] / [M] [M] / [2] [0] [A] [A] **Duración:** _____ días ☐ Desc.

Agente 2: Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duración:** días ☒ Desc.

Agente 3: Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duración:** días ☒ Desc.

¿CORTICOESTEROIDES? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ: ¿Dexametasona? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es SÍ, marque todas las respuestas que correspondan:

☐ ¿6 mg una vez al día? ☒ SÍ ☐ NO ☐ Desc. Si la respuesta es SÍ, vía de administración: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí, **Fecha de inicio** [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duración:** días **Desc.**

☐ ¿otra dosis o frecuencia? ☒ SÍ ☒ NO ☒ Desc. Si la respuesta es SÍ, vía de administración: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☒ Desc.

Si la respuesta es Sí, **Fecha de inicio** [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] **Duración:** días **Desc.**

Si la respuesta es SÍ: ¿Otros corticoesteroides? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí: **¿Qué corticoesteroide?:** ☐ Prednisolona ☐ Hidrocortisona ☐ Metilprednisolona ☐ Otro

Vía de administración: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☒ Desc.

¿ANTICOAGULANTES? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es Sí: Agente: _____

Vía de administración: ☐ Subcutánea ☐ Intravenosa (i.v.) ☒ Desc.

Indicación: ☐ terapéutica (tratamiento de la TVP/EP) ☐ refuerzo de la profilaxis frente a la COVID-19 ☐ profilaxis de rutina en pacientes hospitalizados ☐ Desc.

¿ANTIFÚNGICOS? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

-¿OTROS tratamientos administrados para la COVID-19, incluido el uso experimental o compasivo? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y el momento de administración:

Agente 1:

Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. **Duración:** días ☒ Desc.

Agente 2:

Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. **Duración:** días ☒ Desc.

Agente 3:

Fecha de inicio [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A] ☒ Desc. **Duración:** días ☒ Desc.

DESENLACE (Desc. = Se desconoce)

¿El paciente ha sido diagnosticado de Covid-19? **OSÍ** **ONO** **ODesc.**

Si la respuesta es sí, ¿en qué se basó el diagnóstico?: ☐ confirmación de laboratorio ☐ evaluación clínica

¿El paciente está infectado con una variante preocupante (VOC)?

- Se desconoce
- No, la variante se conoce y no está identificada como VOC
- Sí, Delta - B.1.617.2, identificada en oct. de 2020
- Sí, Ómicron – B.1.1.529, identificada en nov. de 2021
- Sí, Alfa - B.1.1.7, identificada en el Reino Unido en sept. de 2020
- Sí, Beta - B.1.351, identificada en Sudáfrica en mayo de 2020
- Sí, Gamma - P.1, identificada en Brasil en nov. de 2020
- Sí, Épsilon - B.1.427/B.1.429, identificada en EE. UU. en mar. de 2021
- Sí, Zeta - P.2, identificada en Brasil en abr. de 2020
- Sí, Eta - B.1.525, identificada en múltiples países en dic. de 2020
- Sí, Theta - P.3, identificada en Filipinas en ene. de 2021
- Sí, Iota - B.1.526, identificada en EE. UU. en nov. de 2020
- Sí, Kappa - B.1.617.1, identificada en India en oct. de 2020
- Sí, Lambda - C.37, identificada en Perú en dic. de 2020
- Sí, Mu – B.1.621, identificada en Colombia en ene. de 2021
- Sí, una variante no incluida en la lista anterior

Vea la base de datos de REDCAP para consultar variantes que no figuren en la lista anterior. Se añadirán nuevas variantes a la base de datos a medida que se identifiquen.

Si se ha identificado la variante ómicron, ¿qué método se utilizó para identificarla?

● Secuenciación del genoma ● Prueba de fallo de amplificación del gen S (SGTF) ● Genotipificación por PCR ● Se desconoce o no se ha analizado

Desenlace: ☐Alta ☐Ingreso ☐Traslado a otro centro ☐Fallecimiento ☐Alta paliativa ☐Desc.

Fecha del desenlace: / / ☒ Desc.

Si se le dio el alta en la fecha del desenlace:

Capacidad para cuidar de sí mismo en comparación con su estado anterior a la enfermedad: ☒ Igual que antes de la enfermedad
☐ Peor ☐ Mejor ☐ Desc.

Tratamiento tras el alta: ¿Oxigenoterapia? ☒ Sí ☐ NO ☐ Desc.

Necesidades de atención sanitaria actuales relacionadas con el ingreso por COVID-19: ☒ SÍ ☐ NO ☐ Desc.

Necesidades de atención sanitaria actuales NO relacionadas con el episodio de COVID-19: ☒ Sí ☐ No ☐ Desc.

Medicamento apto para el alta (COVID-19 resuelta), aunque permanece hospitalizado por otro motivo (p. ej., esperando una atención extrahospitalaria adecuada, residente en un centro de asistencia para estancia prolongada o centro de salud mental):
☐ SÍ ☐ NO ☐ Desc.