

Guía para completar el CRD**DISEÑO DE ESTE CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)**

Este CRD tiene 3 módulos:

Módulo 1 a completar el primer día de ingreso en el centro sanitario.

Módulo 2 a completar el primer día de ingreso en la UCI o unidad de cuidados intermedios. El módulo 2 también deberá completarse a diario durante el número de días que permitan los recursos. Continúe con el seguimiento de los pacientes que se trasladan de una unidad o planta a otra.

Módulo 3 a completar en el momento del alta o fallecimiento.

GUÍA PARA EL ADMINISTRADOR

- El CRD se ha diseñado para recopilar datos obtenidos mediante exploración, anamnesis y revisión de las notas hospitalarias desde el día de ingreso hasta el alta hospitalaria, traslado, fallecimiento o prolongación del ingreso sin la posibilidad de seguir recopilando datos. Los datos pueden recopilarse de forma retrospectiva si el paciente inicia su participación después de la fecha de admisión. Los números de identificación de participante están formados por un código de centro y un número de participante. 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 00001. En el caso de los centros que incluyen participantes de distintas plantas o unidades, o en caso de que fuera difícil asignar números secuenciales, se acepta la asignación de números que incorporen letras (p. ej. la unidad X asigna A0001, la unidad Y asigna B0001, etc.). Introduzca el número de identificación de participante en la parte superior de cada página.
Los datos se introducen en la base de datos electrónica central REDCap en <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> o en la base de datos independiente de su centro o red. Los CRD en papel impreso pueden usarse para después transferir los datos a la base de datos electrónica.
- En caso de que el participante haya sido trasladado de un centro a otro, se prefiere mantener el mismo número de identificación de participante (IDP) en ambos centros. Si el IDP del centro anterior llegara a estar disponible, puede introducirlo en «Si la respuesta es SÍ» «ID de participante».
- Para los pacientes que hayan sido readmitidos por COVID-19 en el mismo centro: inicie un nuevo formulario con un número de identificación de participante (IDP) nuevo e introduzca el IDP anterior en la pregunta «ID de participante anterior».
- Complete todos los apartados. Los ítems que incluyan «Si la respuesta es sí,...» deben dejarse en blanco cuando no correspondan (es decir, cuando la respuesta no es sí).
- Los ítems con casillas (☐) corresponden a respuestas únicas (seleccione solo una respuesta).
Los ítems con círculos (☐) corresponden a respuestas múltiples (seleccione todas las respuestas que correspondan).
- Seleccione la opción «No sabe» para los datos que no estén disponibles 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. La institución responsable de los CRD en papel puede conservarlos. Todos los datos deberán transferirse a la base de datos electrónica segura.
- Introduzca los datos en el sistema electrónico de recopilación de datos <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.

Guía para completar el CRD**DIRECTRICES GENERALES Y DEFINICIONES****Infecciones concomitantes**

Cualquier infección concomitante debe registrarse en el módulo 3, apartado 15 «PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO/MICROBIOLOGÍA CLÍNICA».

Comorbilidad

Se refiere a las enfermedades presentes antes del inicio de la COVID-19 que siguen estando presentes. No incluya las enfermedades que se presentaron a raíz del inicio de los síntomas de la COVID-19. Se proporcionan directrices más detalladas.

Ingreso en el hospital

Para los pacientes que han ingresado en el hospital con COVID-19 o síntomas que se ajustan a una posible infección por COVID-19, introduzca la información de la fecha del ingreso hospitalario. Para los pacientes con un diagnóstico alternativo claro en el momento de ingreso y que posteriormente contrajeron COVID-19, deberá indicarse la fecha de ingreso, pero las referencias posteriores al ingreso deberán registrarse refiriéndose a las primeras 24 horas posteriores al primer día de inicio de los síntomas de infección, confirmada o con sospecha, por COVID-19.

Cuando el paciente fue ingresado tras su paso por diversos departamentos hospitalarios, cuente el ingreso a partir del momento que llegó al primer departamento durante la visita que derivó en su ingreso (p. ej., llegada a Urgencias).

Oxigenoterapia

Incluya todo tipo de administración de oxígeno suplementario por cualquier método. A continuación, rellene la información sobre el tipo de administración y la duración. Si el dispositivo utilizado no está en la lista, seleccione la opción más parecida. Si se han utilizado distintas velocidades de flujo e interfaces, seleccione la que administró el flujo de oxígeno más alto. Si se utiliza una válvula Venturi, es preferible que registre la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) en vez de la velocidad de flujo de oxígeno.

Ventilación invasiva

Incluya cualquier tipo de ventilación mecánica administrada al paciente tras la intubación o por traqueostomía. No incluya a los pacientes que respiran de forma independiente por traqueostomía.

Ventilación mecánica no invasiva

Incluya cualquier tipo de tratamiento por presión positiva administrado mediante una mascarilla ajustada. Puede tratarse de presión positiva continua (CPAP) o de bipresión positiva (BIPAP).

Líquidos orales/orogástricos

Incluya cualquier tipo de líquido o nutriente administrado artificialmente directamente al tracto gastrointestinal (p. ej., por sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal o gastrostomía) pero no los de los pacientes que se alimentan por vía oral normal.

Tratamiento renal sustitutivo (TRS) o diálisis

Incluya cualquier tipo de tratamiento renal sustitutivo continuo o hemodiálisis intermitente.

El peor resultado

Las referencias al «peor resultado» se refieren al valor más alejado del intervalo fisiológico normal o del intervalo normal de laboratorio.

No deben notificarse los resultados rechazados por el equipo clínico (p. ej., pulsioximetría en extremidades con mala perfusión, muestras de sangre hemolizada, resultados microbiológicos contaminados).

Tensión arterial: Indique la tensión arterial sistólica y diastólica observada con la tensión arterial media más baja (si no se ha calculado la tensión arterial media registre el resultado del valor más bajo de tensión arterial sistólica).

Frecuencia respiratoria: Si se observa una frecuencia anómala (tanto alta como baja) registre la frecuencia anómala alta.

Introduzca el ID del participante en cada página.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Infección probada o probable por un patógeno de interés para la salud pública

Seleccione la opción «sí» si el paciente presenta una infección, que se sospecha o que se ha confirmado mediante pruebas de laboratorio, por SARS-CoV-2 /COVID-19.

2. DATOS DEMOGRÁFICOS

Si se desconoce la fecha de nacimiento, registre la edad en años; o si la edad del paciente es <1 año, registre la edad en meses.

Si la paciente está embarazada o ha dado a luz recientemente (14 días antes del inicio de los síntomas), rellene el módulo opcional del CRD para embarazos.

3. FECHA DE INICIO Y CONSTANTES VITALES EN EL INGRESO

Indique la fecha de inicio notificada por el paciente del primer síntoma que usted crea que está relacionado clínicamente con este episodio de infección de COVID-19. Proporcione información sobre las observaciones clínicas realizadas al ingreso (también si la recopilación de los datos se ha hecho subsiguientemente). En el caso de las observaciones no realizadas al ingreso, registre los primeros datos disponibles (notificados por el paciente y/o de historias clínicas) después del ingreso obtenidos en un plazo de 24 horas desde el ingreso.

Para pacientes con un claro diagnóstico alternativo que derivó en ingreso hospitalario y que subsiguientemente contrajeron COVID-19, proporcione las fechas tal y como ocurrieron pero rellene las observaciones para el plazo de 24 horas tras el inicio de los síntomas de infección de COVID-19.

Asegúrese de que todos los valores se proporcionan en las unidades especificadas.

4. COMORBILIDADES

Indique si antes del ingreso el paciente presentaba alguna de estas comorbilidades.

No incluya comorbilidades pasadas que se han curado. Más abajo se proporcionan más detalles. Cuando se dan condiciones de ejemplo, considere que no son exhaustivas. Otras comorbilidades y factores de riesgo relevantes que no aparezcan en la lista deben indicarse como «Otras».

Enfermedad cardíaca crónica (no incluye hipertensión)

Incluya todo tipo de cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, cardiopatía congénita, cardiomiopatía, enfermedad cardíaca reumática.

MÓDULO 1: a completar el día de Ingreso/inscripción

Nombre del centro _____ País _____

Fecha de inscripción [D] [D] [M] [M] [A] [A] [A] [A]

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Infección probada o probable por un patógeno de interés para la salud pública ☐ SI ☐ No

Una o más | Antecedentes de fiebre notificada por el propio paciente o valores de temperatura obtenidos de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ☐ SI ☐ No

de estas opciones | Tos ☐ SI ☐ No

durante esta | Disnea (falta de aliento) O taquipnea* ☐ SI ☐ No

enfermedad | Sospecha clínica de IRA a pesar de no cumplir los criterios anteriores ☐ SI ☐ No

* frecuencia respiratoria ≥ 50 respiraciones/minuto durante <1 año; ≥ 40 durante 1-4 años; ≥ 30 durante 5-12 años; ≥ 20 durante ≥ 13 años

DATOS DEMOGRÁFICOS

Sexo biológico ☐ Varón ☐ Mujer ☐ Sin especificar Fecha de nacimiento [D] [D] [M] [M] [A] [A] [A] [A]

Si la fecha de nacimiento se desconoce, registre: Edad [Y] [Y] años O [M] [M] meses

¿Es personal sanitario? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ¿Es personal de laboratorio? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

¿Embarazo? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ☐ N/A Si la respuesta es sí: valoración de las semanas de gestación [W] [W] semanas

FECHA DE INICIO Y CONSTANTES VITALES (primeros datos disponibles en la presentación o ingreso)

Inicio de síntomas (fecha del primer síntoma o del más temprano) [D] [D] [M] [M] [A] [A] [A] [A]

Fecha de ingreso en este centro [D] [D] [M] [M] [A] [A] [A] [A]

¿Se han recopilado los datos de este paciente previamente con un número de paciente distinto?: ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe

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

¿El paciente reingresa con o debido a Covid-19? (Añade únicamente los episodios de reingreso por complicaciones relacionadas con la COVID o por pacientes que sigan siendo positivos). Asignar nueva ID de paciente ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe

ID previa del participante: _____ ☐ No sabe

Número de reingresos: _____ (desde el primer ingreso registrado por COVID-19; registrar como nuevo NIP para cada reingreso)

Motivo del reingreso: _____

Temperatura [T] [T] [T] °C Frecuencia cardíaca [B] [B] [B] latidos/minuto

Frecuencia respiratoria [R] [R] respiraciones/minuto

TA [S] [S] [S] (sistólica) [D] [D] [D] (diastólica) mmHg Deshidratación severa ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

Tiempo de llenado capilar externo > 2 segundos ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

Saturación de oxígeno: [P] [P] [P] % en aire ambiental Oxigenoterapia ☐ No sabe **A V D N**

(marque una con un círculo)

Escala de coma de Glasgow (GCS / 15) [G] [G] [G] Desnutrición ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

Perímetro meocbraquial [C] [C] [C] mm Estatura: [E] [E] [E] cm Peso: [P] [P] [P] kg

COMORBILIDADES (existentes previas al ingreso)

Enfermedad cardíaca crónica (no incluye hipertensión)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Diabetes	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
--	--	----------	--

4. COMORBILIDADES (CONTINUACIÓN)

Enfermedad pulmonar crónica

Incluya todo tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica, enfisema), fibrosis quística, bronquiectasia, enfermedad pulmonar intersticial, requisitos preexistentes para la administración de oxigenoterapia a largo plazo.

No incluya asma.

Asma

Asma con diagnóstico clínico.

Enfermedad renal crónica

Incluya cualquier tipo de enfermedad renal crónica diagnosticada por un médico, estimación del filtrado glomerular <60 ml/min/1,73 m², antecedentes de trasplante renal.

Trastorno neurológico crónico

Incluya cualquier tipo de parálisis cerebral, esclerosis múltiple, enfermedad de la motoneurona, distrofia muscular, miastenia grave, enfermedad de Parkinson, problemas de aprendizaje importantes.

VIH

Historial clínico de la infección de VIH confirmada mediante pruebas de laboratorio. (Nota: TAR significa terapia antirretroviral).

Diabetes

Diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 que requiera tratamiento oral o subcutáneo.

Fumador/a actual

El paciente fumaba por lo menos un cigarrillo, puro, pipa o equivalente al día antes del inicio de la enfermedad presente. No incluya productos de tabaco que no produzcan humo, como el tabaco mascado o los cigarrillos electrónicos.

Tuberculosis

Pacientes que actualmente reciben tratamiento para la tuberculosis. No incluya los casos de tuberculosis latente.

Asplenia

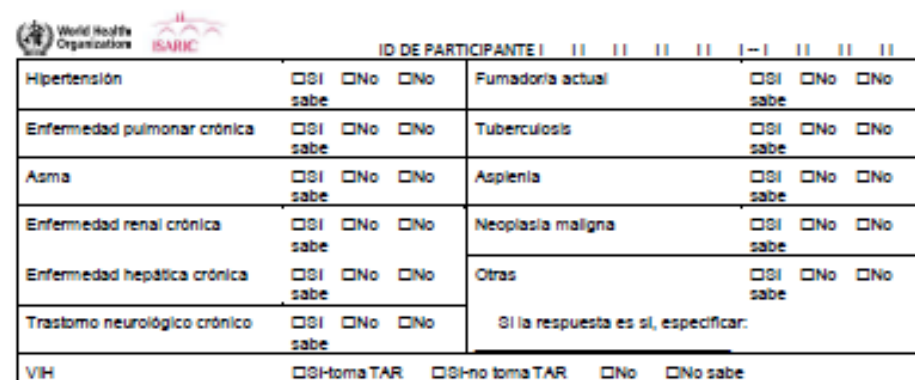
Incluya todos los casos de esplenectomía, trastornos del bazo y asplenia congénita.

Neoplasia maligna

Tumores malignos en vísceras macizas o hemáticos actuales. No incluya los tumores que se consideran «curados» desde hace ≥5 años sin pruebas de que siguen activos. No incluya los cánceres de piel de tipo no melanoma. No incluya tumores benignos o displasia.

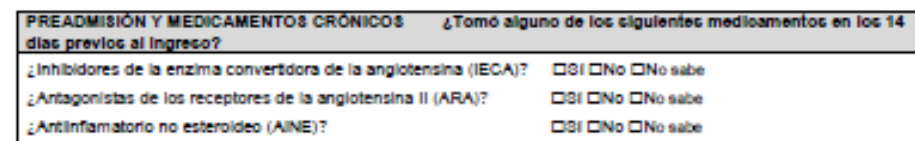
Otras

Incluya otras comorbilidades que el equipo clínico crea que puedan afectar a las reservas fisiológicas del paciente o a la respuesta a esta enfermedad o tratamiento. Especifique estas comorbilidades.

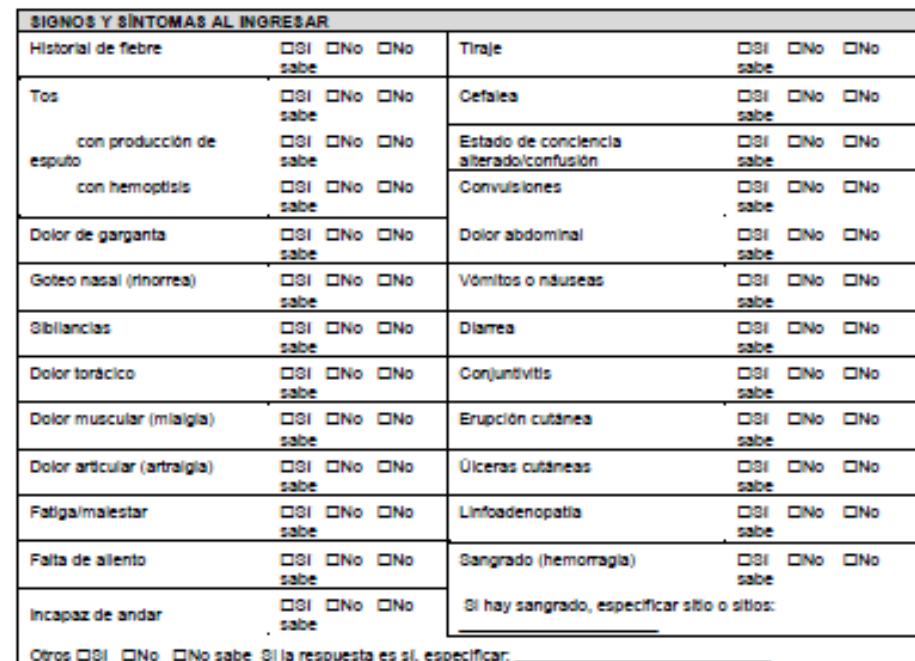


ID DE PARTICIPANTE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hipertensión	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Fumador/a actual	☐ SI ☐ No ☐ No sabe								
Enfermedad pulmonar crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Tuberculosis	☐ SI ☐ No ☐ No sabe								
Asma	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Asplenia	☐ SI ☐ No ☐ No sabe								
Enfermedad renal crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Neoplasia maligna	☐ SI ☐ No ☐ No sabe								
Enfermedad hepática crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Otras	☐ SI ☐ No ☐ No sabe								
Trastorno neurológico crónico	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Si la respuesta es sí, especificar:									
VIH	☐ SI-toma TAR ☐ SI-no toma TAR ☐ No ☐ No sabe										

MÓDULO 1: a completar el día de ingreso/inscripción



PREADMISIÓN Y MEDICAMENTOS CRÓNICOS	¿Tomó alguno de los siguientes medicamentos en los 14 días previos al ingreso?
¿Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
¿Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
¿Antiinflamatorio no esteroideo (AINE)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe



SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR	
Historial de fiebre	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Tos	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
con producción de esputo	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
con hemoptisis	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor de garganta	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Goteo nasal (rinorrea)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Sibilancias	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor torácico	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor muscular (mialgia)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor articular (artralgia)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Fatiga/malestar	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Falta de aliento	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Incapaz de andar	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Otros ☐ SI ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especificar:	

VACUNACIÓN

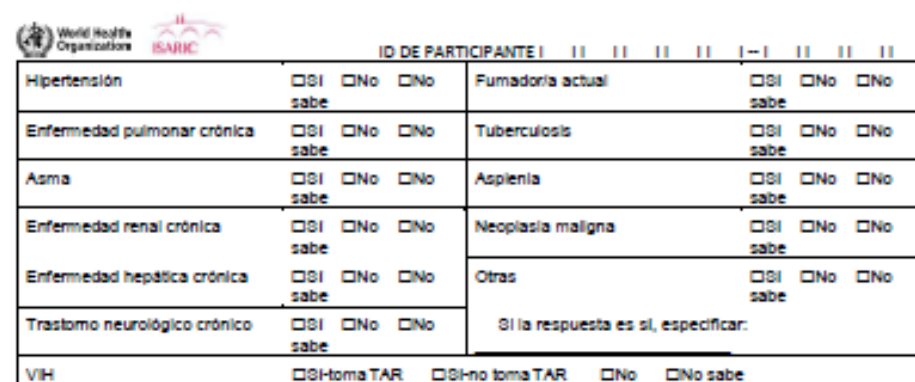
5. PREINGRESO Y MEDICAMENTOS CRÓNICOS

Indique si el paciente tomó alguno de estos medicamentos, por cualquier razón, en los 14 días previos al ingreso.

6. SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR

Dé información sobre las observaciones clínicas realizadas durante las 24 horas posteriores al ingreso. En el caso de las observaciones no realizadas inmediatamente durante el ingreso, registre los primeros datos disponibles (notificados por el paciente y/o de historias clínicas) obtenidos en un plazo de 24 horas a partir del ingreso.

Para pacientes con un claro diagnóstico alternativo que derivó en ingreso hospitalario y que subsiguientemente contrajeron COVID-19, proporcione las fechas tal y como ocurrieron pero rellene las observaciones para el plazo de 24 horas tras el inicio de los síntomas de infección de COVID-19.



World Health Organization ISARIC

ID DE PARTICIPANTE | | | | | | | | | | | | | | | |

Hipertensión	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Fumadora actual	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Enfermedad pulmonar crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Tuberculosis	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Asma	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Asplenia	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Enfermedad renal crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Neoplasia maligna	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Enfermedad hepática crónica	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Otras	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Trastorno neurológico crónico	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Si la respuesta es sí, especificar: _____	
VIH	☐ SI-toma TAR ☐ SI-no toma TAR ☐ No ☐ No sabe		

MÓDULO 1: a completar el día de ingreso/inscripción

PREADMISIÓN Y MEDICAMENTOS CRÓNICOS ¿Tomó alguno de los siguientes medicamentos en los 14 días previos al ingreso?

¿Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
¿Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
¿Antiinflamatorio no esteroideo (AINE)?	☐ SI ☐ No ☐ No sabe

SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR

Historial de fiebre	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Tiraje	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Tos	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Cefalea	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
con producción de esputo	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Estado de conciencia alterado/confusión	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
con hemoptisis	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Convulsiones	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor de garganta	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Dolor abdominal	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Goteo nasal (rinorrea)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Vómitos o náuseas	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Sibilancias	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Diarrea	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor torácico	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Conjuntivitis	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor muscular (mialgia)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Erupción cutánea	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Dolor articular (artralgia)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Úlceras cutáneas	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Fatiga/malestar	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Linfadenopatía	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Falta de aliento	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Sangrado (hemorragia)	☐ SI ☐ No ☐ No sabe
Incapaz de andar	☐ SI ☐ No ☐ No sabe	Si hay sangrado, especificar sitio o sitios: _____	
Otros ☐ SI ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especificar: _____			

VACUNACIÓN

6a. VACUNACIONES

Si la fecha exacta de la dosis más reciente de la vacuna anti-COVID-19 no está disponible, dé una fecha estimada del día en que se la administraron. La base de datos no acepta fechas parciales (como enero de 2021).

7. MEDICAMENTOS AL INGRESAR

Indique si al paciente se le administró alguno de estos medicamentos en el momento del ingreso o durante las 24 horas siguientes al ingreso. Para los pacientes ingresados por otra razón y que subsiguientemente contrajeron COVID-19, proporcione la información recogida durante las 24 horas siguientes a la primera sospecha de COVID-19.

Especifique todos los agentes. Cuando introduzca datos en el CRD electrónico, se mostrará una lista con diversos agentes.

8. TERAPIA DE APOYO AL INGRESAR

Indique todos los tratamientos recibidos el día del ingreso o durante las 24 horas posteriores a este.

9. RESULTADOS DE LABORATORIO AL INGRESAR

Incluya los resultados obtenidos en el momento de presentación, ingreso o en las primeras 24 horas tras el ingreso o, en pacientes ya ingresados, el día o en el plazo de 24 horas de los primeros síntomas de infección (con sospecha o confirmada) de COVID-19.

Asegúrese de que todos los valores se proporcionan en las unidades especificadas o, en caso de usar otras unidades, especifique cuáles. Al transferir los datos a la base de datos electrónica se mostrará una lista con las distintas unidades utilizadas globalmente.

 		ID DE PARTICIPANTE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
Vacunación frente a la Covid-19		☐ SI ☐ NO ☐ No sabe		Fecha estimada de la dosis más reciente: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12								
Si la respuesta es SI, número de dosis recibidas: _____												
Si la respuesta es SI, especificar el tipo de la vacuna más reciente: _____												
Si se ha administrado más de una dosis, especificar todos los tipos de vacunas recibidas previamente: _____												
Vacunación frente a la gripe en los últimos 6 meses: ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												
MEDICAMENTOS ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguno de los siguientes medicamentos?												
¿Líquidos orales/gastro? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe ¿Líquidos intravenosos? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												
¿Antivirales? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe Si la respuesta es SI: ORbavirina Olopinavir/Ritonavir O Inhibidor de la neuraminidasa												
O Interferón alfa O Interferón beta O Otro, especificar: _____												
¿Corticosteroides? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe Si la respuesta es SI, vía: O Oral O Intravenosa O Inhalados												
Si la respuesta es SI, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____												
¿Antibióticos? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe ¿Antifúngicos? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												
¿Antipalúdicos? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe Si la respuesta es SI, especificar: _____												
¿Fármaco experimental? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe Si la respuesta es SI, especificar: _____												
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)? ☐ SI ☐ NO ☐ No sabe												

MÓDULO 1: a completar el día de ingreso/inscripción

TERAPIA DE APOYO ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguna de las siguientes terapias?

¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Oxigenoterapia? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe *Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado*

Flujo de O₂: ☐ 1-5 l/min ☐ 6-10 l/min ☐ 11-15 l/min ☐ >15 l/min ☐ No sabe

Fuente de oxígeno: ☐ Canalizado ☐ Bombona ☐ Concentrador ☐ No sabe

Conexión al oxígeno: ☐ Gafas nasales ☐ Cánula nasal FAO ☐ Mascarilla simple ☐ Mascarilla con reservorio

☐ Mascarilla CPAP/VNI ☐ No sabe

¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BiPAP/CPAP) ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Inotropos/vasopresores? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Oxigenación por membrana extracorpórea? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

¿Decúbito prono? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

RESULTADOS DE LABORATORIO AL INGRESAR (Registre las unidades si son distintas a las indicadas)					
Parámetro	Valor*	No hecho	Parámetro	Valor*	No hecho
Hemoglobina (g/l)		☐	Creatinina (μmol/l)		☐
Cifra de leucocitos (x10 ⁹ /l)		☐	Sodio (mEq/l)		☐
Hematocrito (%)		☐	Potasio (mEq/l)		☐

Fecha de seguimiento

Este módulo deberá rellenarse el primer día de ingreso en la UCI o en la UCIN, y a diario durante todos los días que permitan los recursos. Para los pacientes ingresados en la UCI o UCIN u otras unidades de cuidados intensivos, rellene le módulo de cuidados intensivos. Indique la fecha de seguimiento para este cuaderno. Todos los datos deberán referirse a esa fecha de calendario, de 12 de la noche a 12 de la noche.

10. CONSTANTES VITALES

Consulte el apartado «Directrices generales y definiciones».

Deshidratación severa

Indique si el paciente ha presentado una deshidratación severa en cualquier momento durante el día de seguimiento. Signos de deshidratación intensa son: sed, sequedad de las membranas mucosas, bajo volumen de orina de color oscuro, ojos hundidos, elasticidad cutánea reducida.

Escala de coma de Glasgow (CGS)

Indique el valor más bajo obtenido en la CGS. Para los pacientes intubados y los pacientes con una traqueostomía no fenestrada, dé 1 punto para el componente de voz y calcule el total de la forma habitual. No es posible introducir sufijos como una «t» para traqueostomía en la base de datos.

Nivel de conciencia (AVDN)

Alerta, respuesta a la voz, respuesta al dolor, sin respuesta: indique el estado con el menor grado de respuesta del paciente durante el día de calendario (sin contar el período normal de sueño).

11. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIARIAS

Marque «sí» en todas las características presentes en cualquier momento durante la fecha de seguimiento indicada en el cuaderno.

12. RESULTADOS DE LABORATORIO

Proporcione todos los resultados de laboratorio del día de seguimiento. El día de seguimiento para este cuaderno debe corresponder a la fecha de la recogida de las muestras, no a la fecha de notificación de los resultados. Fíjese en las unidades proporcionadas para cada medida. Si su laboratorio notifica estos resultados con unidades diferentes, indique la unidad en la columna Valor. En la base de datos electrónica se presenta un menú desplegable para registrar las unidades utilizadas.

13. MEDICAMENTOS

Anote si el paciente ha recibido alguno de estos medicamentos en la fecha indicada en este cuaderno de seguimiento. Seleccione todos los tratamientos que correspondan. Registre los nombres genéricos de los agentes administrados. En la base de datos electrónica se presenta un menú desplegable para registrar las unidades utilizadas.

Registre todos los tratamientos recibidos durante el día de seguimiento (de 12 a.m. a 12 a.m.) independientemente del tiempo que se utilizaron.



ID DE PARTICIPANTE

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

MÓDULO 2: seguimiento (la frecuencia de recogida de datos dependerá de los recursos disponibles)

Fecha de seguimiento

CONSTANTES VITALES (registre el valor más bajo obtenido entre las 00:00 y las 24:00 horas)

Temperatura

°C

°F

Frecuencia cardíaca

latidos/minuto

respiraciones/minuto

TA

(sistólica)

(diastólica)

mmHg

Deshidratación severa

○ SI

○ No

○ No sabe

Tiempo de llenado capilar externo >2 segundos

○ SI

○ No

○ No sabe

GC-8/16

○ SI

○ No

○ No sabe

Saturación de oxígeno

% en O₂ aire de la habitación

○ SI

○ No

○ No sabe

A

V

D

N (marque la respuesta adecuada con un círculo)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIARIAS

Tos

○ SI

○ No

○ No sabe

con producción de

○ SI

○ No

○ No sabe

esputo

○ SI

○ No

○ No sabe

Dolor de garganta

○ SI

○ No

○ No sabe

Dolor torácico

○ SI

○ No

○ No sabe

Falta de aliento

○ SI

○ No

○ No sabe

Confusión

○ SI

○ No

○ No sabe

Convulsiones

○ SI

○ No

○ No sabe

Vómitos o náuseas

○ SI

○ No

○ No sabe

Diarrea

○ SI

○ No

○ No sabe

Conjuntivitis

○ SI

○ No

○ No sabe

Mialgia

○ SI

○ No

○ No sabe

Otras, especifique:

○ SI

○ No

○ No sabe

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

Parámetro

Valor*

No hecho

Parámetro

Valor*

No hecho

Hemoglobina (g/l)

○

Creatinina (μmol/l)

○

Cifra de leucocitos (x10⁹/l)

○

Sodio (mEq/l)

○

Hematocrito (%)

○

Potasio (mEq/l)

○

Plaquetas (x10⁹/l)

○

Procalcitonina (ng/ml)

○

TTPa/INR

○

Proteína C reactiva (mg/l)

○

TP (segundos)

○

LDH (U/l)

○

INR

○

Creatina quinasa (U/l)

○

ALT/SGPT (U/l)

○

Troponina (ng/ml)

○

Bilirrubina total (μmol/l)

○

VSG (mm/h)

○

AST/SGOT (U/l)

○

Dímero-D (mg/l)

○

Urea (BUN) (mmol/l)

○

Ferritina (ng/ml)

○

Lactato (mmol/l)

○

IL-6 (pg/ml)

○

MEDICAMENTOS ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguno de los siguientes medicamentos?

¿Líquidos orales/orogástricos? ○ SI ○ No ○ No sabe

¿Líquidos intravenosos? ○ SI ○ No ○ No sabe

¿Antivirales? ○ SI ○ No ○ No sabe

Si la respuesta es SI: ORibavirina OLopinavir ORitonavir Oinhibidor de la neuraminidasa

Ointerferón alfa Ointerferón beta

Otro, especifique:

¿Corticosteroides? ○ SI ○ No ○ No sabe

Si la respuesta es SI, vía: OOral Ointravenosa Oinalada

Si la respuesta es SI, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria:

¿Antibióticos? ○ SI ○ No ○ No sabe

¿Antifúngicos? ○ SI ○ No ○ No sabe

¿Antipalúdicos? ○ SI ○ No ○ No sabe

Si la respuesta es SI, especifique:

¿Fármaco experimental? ○ SI ○ No ○ No sabe

Si la respuesta es SI, especifique:

Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ○ SI ○ No ○ No sabe

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) ○ SI ○ No ○ No sabe

Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA) ○ SI ○ No ○ No sabe

TERAPIA DE APOYO ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguna de las siguientes terapias?

COVID-19 CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS, versión RÁPIDA 2 DE FEBRERO DE 2021

Adaptado del CRD de SPRINT SARS por ISARIC. Distribuido por ISARIC con la licencia internacional de Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 en nombre de la Universidad de Oxford.

6

14. TERAPIA DE APOYO

Registre todos los tratamientos recibidos durante el día de seguimiento (de 12 de la noche a 12 de la noche) independientemente del tiempo que se utilizaron.

World Health Organization **ISARC** ID DE PARTICIPANTE | | | | | | | | | | | | | | | |

¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

¿Oxigenoterapia? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es SI, complete el resto del apartado:

Volumen de flujo de O₂: ☐ 1-5 l/min ☐ 6-10 l/min ☐ 11-15 l/min ☐ >15 l/min ☐ No sabe

Fuente de oxígeno: ☐ Canalizado ☐ Bombona ☐ Concentrador ☐ No sabe

Conexión al oxígeno: ☐ Gafas nasales ☐ Cánula nasal FAD ☐ Mascarilla simple ☐ Mascarilla con reservorio

☐ Mascarilla CPAP/VNI ☐ No sabe

¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BiPAP, CPAP) ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ¿Inotropos/vasopresores? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

¿Oxigenación por membrana extracorporea? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe ¿Decúbito prono? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

¿Tratamiento renal sustitutivo (TRS) o diálisis? ☐ SI ☐ No ☐ No sabe

Esta página debe rellenarse cuando el paciente ha recibido el alta o ha fallecido utilizando todos los datos disponibles obtenidos a lo largo de su ingreso y estancia en el hospital.

15. PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO / MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Rayos X / TAC de tórax

Seleccione «Sí» si se ha realizado una radiografía o TAC de tórax durante el ingreso hospitalario del paciente.

Presencia de infiltrados

Indique la hay presencia de infiltrados si un radiólogo notifica su presencia. También puede seleccionar «Sí» si está cualificado para evaluar las imágenes o si un miembro con más experiencia del equipo médico a cargo del paciente ha documentado que las imágenes mostraban «infiltrados», «consolidación», «opacidades» o «signos radiológicos de neumonía/neumonitis/ síndrome de dificultad respiratoria aguda».

Microbiología clínica

Para cada uno de estos patógenos indique si la prueba fue positiva (patógeno presente), negativa (patógeno no presente) o si se desconoce si se realizó la prueba.

En los casos positivos especifique el organismo identificado de la forma más precisa posible.

16. COMPLICACIONES

Seleccione todas las complicaciones identificadas clínicamente durante el ingreso hospitalario.

No incluya las comorbilidades (p. ej., fibrilación auricular previa no debe incluirse, pero un nuevo evento de este tipo durante el ingreso sí debe incluirse).

Choque

Hipotensión que no responde a la resucitación por líquidos intravenosos que requiere fármacos vasoactivos para mantener una perfusión adecuada.

Crisis convulsiva

Una crisis, convulsión o «ataque» es una contracción rítmica e involuntaria de los músculos. Seleccione «sí» si el paciente ha tenido cualquier tipo de crisis convulsiva, independientemente de la causa (p. ej., febril o epiléptica).

Meningitis/encefalitis

Inflamación de las meninges o del parénquima encefálico. Seleccione «sí» si se ha diagnosticado de forma clínica, radiológica o microbiológica.

MÓDULO 3: completar en el momento del alta o fallecimiento

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO/MICROBIOLOGÍA CLÍNICA			
¿Se han hecho pruebas de rayos X/TAC de tórax? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe <i>Si la respuesta es sí: ¿hay infiltrados?</i> ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe			
¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe <i>Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:</i>			
Virus de la gripe: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		<i>Si ha sido positivo, tipo</i> _____	
Coronavirus: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		<i>Si ha sido positivo: ☐ SARS-CoV ☐ SARS-CoV-2 ☐ Otro</i>	
Otro patógeno del aparato respiratorio: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		<i>Si es positivo, especifique</i> _____	
Fiebre hemorrágica vírica: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		<i>Si es positivo, especifique virus</i> _____	
¿Se ha detectado otro patógeno de interés para la salud pública? <i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____			
Paludismo falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Paludismo no falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho	
VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho			
COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:			
Choque	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Bacteriemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Crisis convulsiva	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Sangrado	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Meningitis/encefalitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Endocarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Anemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Miocarditis/pericarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Arritmia cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Lesión renal aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Parada cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Pancreatitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Neumonía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Disfunción hepática	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Bronquiolitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Cardiomiopatía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Otras	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____			
MEDICAMENTOS: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes?			
¿Líquidos orales/orales? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		¿Líquidos intravenosos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	
¿Antivirales? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí: ☐ Ribavirina ☐ Lopinavir/Ritonavir ☐ Inhibidor de la neuraminidasa</i>	
O Interferón alfa O Interferón beta O Otro, especifique: _____			
¿Antibióticos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____	
¿Corticosteroides? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, vía: ☐ Oral ☐ Intravenosa ☐ Inhalados</i>	
<i>Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria:</i> _____			
¿Antifúngicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____	
¿Antipalúdicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____	
¿Fármaco experimental? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____	
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		<i>Si la respuesta es sí, especifique:</i> _____	
TERAPIA DE APOYO Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado:			

Anemia

Seleccione «sí» si los niveles de hemoglobina fueran más bajos que los correspondientes al sexo y edad del paciente que se indican a continuación.

Edad y sexo	Valores umbrales de la hemoglobina	
	g/l	mmol/l
Edad: 6 meses a 5 años	110	6,8
Edad: 5-12 años	115	7,1
Edad: 12-15 años	120	7,4
Edad > 15 años, mujeres no embarazadas	120	7,4
Mujeres embarazadas	110	6,8
Edad >15 años, varones	130	8,1

Arritmia cardíaca

Si se identifica una arritmia cardíaca y no existe registro previo de esta patología, seleccione «sí».

Neumonía

Seleccione «sí» si el paciente presenta una neumonía diagnosticada por radiografía o si el diagnóstico del alta del paciente se registra como neumonía.

Bronquiolitis

Se trata de un diagnóstico clínico, por lo general en niños menores de 2 años.

Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)

Definido según los criterios de Berlín, como:

- Se presenta en el plazo de 1 semana de un evento clínico conocido o empeoramiento de síntomas respiratorios.
- Opacidades radiológicas bilaterales cuya explicación no se ajusta plenamente a efusiones, colapso lobular/pulmonar o nódulos.
- Insuficiencia respiratoria que no se explica plenamente por una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos.

Bacteriemia

Crecimiento de bacterias en un cultivo de sangre. Seleccione «no» si las únicas bacterias que han proliferado corresponden a las contaminantes de la piel (p. ej., estafilococos coagulasa negativos o difteroides).

MÓDULO 3: completar en el momento del alta o fallecimiento

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO/MICROBIOLOGÍA CLÍNICA			
¿Se han hecho pruebas de rayos X/TAC de tórax? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí: ¿hay infiltrados? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe			
¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:			
Virus de la gripe: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho Si ha sido positivo, tipo _____			
Coronavirus: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho Si ha sido positivo: ☐ SARS-CoV ☐ SARS-CoV-2 ☐ Otro _____			
Otro patógeno del aparato respiratorio: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho Si es positivo, especifique: _____			
Fiebre hemorrágica vírica: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho Si es positivo, especifique virus: _____			
¿Se ha detectado otro patógeno de interés para la salud pública? Si la respuesta es sí, especifique: _____			
Paludismo falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho Paludismo no falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho			
VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho			
COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:			
Choque	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Bacteriemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Crisis convulsiva	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Sangrado	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Meningitis/encefalitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Endocarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Anemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Miocarditis/pericarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Arritmia cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Lesión renal aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Parada cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Pancreatitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Neumonía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Disfunción hepática	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Bronquiolitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Cardiomiopatía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Otras	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Si la respuesta es sí, especifique: _____			
MEDICAMENTOS: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes?			
¿Líquidos orales/orogélicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ¿Líquidos intravenosos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe			
¿Antivirales? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí: ORibavirina OLopinavir/Litonavir OInhibidor de la neuraminidasa			
OInterferón alfa OInterferón beta OOtros, especifique: _____			
¿Antibióticos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Corticosteroides? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, vía: OOral Ointravenosa OInhalados			
Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____			
¿Antifúngicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Antipalúdicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Fármaco experimental? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
TERAPIA DE APOYO Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado:			

Sangrado

Seleccione «sí» si hubiera hemorragia en cualquier punto.

Endocarditis

Inflamación bacteriana o estéril y formación de vegetaciones en el endocardio, válvulas nativas o prostéticas.

Miocarditis/pericarditis

Inflamación del corazón o pericardio (revestimiento exterior del corazón). El diagnóstico puede ser clínico, bioquímico (enzimas cardíacas) o radiológico.

Lesión renal aguda

Las lesiones renales agudas se definen como:

- un aumento de la creatinina sérica de $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ μ mol/l) en un período de 48 horas;
- un aumento de la creatinina sérica de $\geq 1,5$ veces el valor inicial, que se sabe o se supone que ha ocurrido en los 7 días anteriores;
- un volumen de orina $< 0,5$ ml/kg/hora durante 6 horas.

Pancreatitis

Inflamación del páncreas, con diagnóstico clínico, bioquímico, radiológico o histológico.

Disfunción hepática

Definida por:

- ictericia clínica
- hiperbilirrubinemia (el nivel de bilirrubina en sangre es el doble del límite superior del intervalo normal)
- un aumento en la alanina transaminasa o en la aspartato transaminasa que es del doble del límite superior del intervalo normal

Cardiomiopatía

Seleccione «sí» si la cardiomiopatía se ha diagnosticado durante este ingreso.

Otras

Notifique otras complicaciones graves durante el ingreso hospitalario de este paciente.

17. MEDICAMENTOS

Indique si el paciente ha recibido cualquiera de estos medicamentos durante su ingreso hospitalario hasta el día del alta (incluido).

MÓDULO 3: completar en el momento del alta o fallecimiento

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO/MICROBIOLOGÍA CLÍNICA			
¿Se han hecho pruebas de rayos X/TAC de tórax? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí: ¿hay infiltrados? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe			
¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:			
Virus de la gripe: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Si ha sido positivo, tipo _____	
Coronavirus: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Si ha sido positivo: ☐ SARS-CoV ☐ SARS-CoV-2 ☐ Otro _____	
Otro patógeno del aparato respiratorio: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Si es positivo, especifique: _____	
Fiebre hemorrágica vírica: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Si es positivo, especifique virus: _____	
¿Se ha detectado otro patógeno de interés para la salud pública? Si la respuesta es sí, especifique: _____			
Paludismo falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho		Paludismo no falciparum: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho	
VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ No hecho			
COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:			
Choque	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Bacteriemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Crisis convulsiva	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Sangrado	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Meningitis/encefalitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Endocarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Anemia	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Miocarditis/pericarditis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Arritmia cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Lesión renal aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Parada cardíaca	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Pancreatitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Neumonía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Disfunción hepática	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Bronquiolitis	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Cardiomiopatía	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	Otras	☐ Sí ☐ No ☐ No sabe
Si la respuesta es sí, especifique: _____			
MEDICAMENTOS: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes?			
¿Líquidos orales/orogélicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		¿Líquidos intravenosos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe	
¿Antivirales? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí: ORibavirina O Lopinavir/Ritonavir O Inhibidor de la neuraminidasa	
O Interferón alfa O Interferón beta O Otro, especifique: _____			
¿Antibióticos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, especifique: _____	
¿Corticosteroides? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, vía: O Oral O Intravenosa O Inhalados	
Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____			
¿Antifúngicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, especifique: _____	
¿Antipalúdicos? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, especifique: _____	
¿Fármaco experimental? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, especifique: _____	
Antinflamatorio no esteroideo (AINE) ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe		Si la respuesta es sí, especifique: _____	
TERAPIA DE APOYO Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado:			

18. TERAPIA DE APOYO

Para todos los temas de duración, cuente el número de días naturales que el paciente recibió el tratamiento.

Para los tratamientos que se detuvieron y luego reiniciaron, cuente los días en los que el tratamiento se administró pero no los días en los que no se administró.

Ingreso en UCI o en UCIN

Si el paciente falleció en la UCI/UCIN o si le trasladaron de la UCI/UCIN de su centro a la de otro hospital, seleccione «en UCI en el desenlace»; en caso contrario registre la fecha en la que el paciente recibió el alta de la UCI/UCIN.

19. DESENLAJE

Desenlace

Seleccione un único desenlace.

Alta puede significar que le paciente puede volver al lugar donde residía antes de la enfermedad, a su domicilio o a casa de un familiar o amigo, o a una institución social, porque la enfermedad ya no es lo suficientemente grave como para necesitar tratamiento en un centro médico.

Ingreso significa que el paciente sigue en el hospital pero se ha recuperado de la COVID-19 y el cuaderno se ha completado ya que el paciente se encuentra en una parte del hospital para cuidados de otras enfermedades y donde el cuaderno dejará de ser rellenado en una fecha posterior.

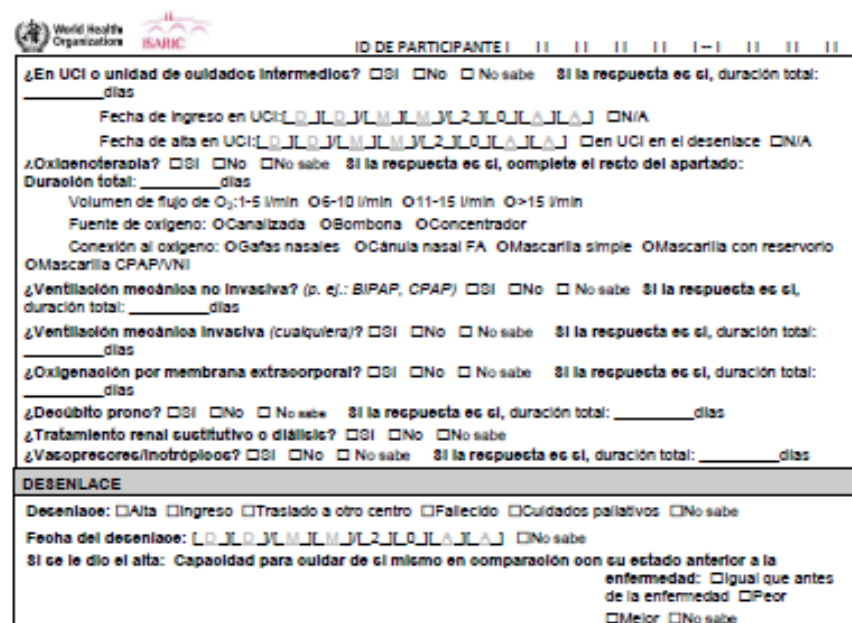
Traslado a otro centro significa que se ha trasladado al paciente a otro centro que proporciona atención médica. Puede tratarse de un centro especializado para tratamientos más intensivos o para rehabilitación. No incluye los centros que solo han proporcionado atención social (esos pacientes deberán anotarse como alta hospitalaria).

Fallecido significa que el paciente ha fallecido en el hospital.

Cuidados paliativos significa que el paciente ha recibido el alta porque se prevé que no se va a recuperar de esta enfermedad o de otras patologías existentes. Se puede tratar de un centro de cuidados paliativos o de su domicilio habitual con tratamiento terminal.

Fecha del desenlace

Indique la fecha del desenlace del paciente.



The screenshot shows the 'DESENLAJE' (Discharge) section of the COVID-19 CRD form. It includes fields for '¿En UCI o unidad de cuidados intermedios?' (In ICU or intermediate care unit?), 'Fecha de ingreso en UCI' (Date of admission to ICU), 'Fecha de alta en UCI' (Date of discharge from ICU), and '¿Oxigenoterapia?' (Oxygen therapy?). It also includes a section for 'DESENLAJE' (Discharge) with options for 'Desenlace' (Outcome) and 'Fecha del desenlace' (Date of outcome).

