

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 en ambos centros. En los casos en que esto no sea posible, se proporciona espacio para registrar el número nuevo.
- 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.

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.

World Health Organization ISARIC

ID DE PARTICIPANTE [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] []

MÓDULO 1: a completar el día de ingreso/inscripción

Nombre del centro _____ País _____

Fecha de inscripción [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Infección probada o probable por un patógeno de interés para la salud pública		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Una o más de Antecedentes de febrícula notificada por el propio paciente o valores de temperatura obtenidos de $\geq 38^{\circ}$ C		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
estas opciones Tos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
durante esta Disnea (falta de aliento) O taquipnea*		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
enfermedad Sospecha clínica de IRA a pesar de no cumplir los criterios anteriores		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

¿Es personal sanitario? Sí No No sabe ¿Es personal de laboratorio? Sí No No sabe

¿Embarazo? Sí No No sabe O/N/A Si la respuesta es sí: valoración de las semanas de gestación [] [] [] [] 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) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha de ingreso en este centro [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Temperatura [] [] [] [] $^{\circ}$ C Frecuencia cardíaca [] [] [] latidos/minuto

Frecuencia respiratoria [] [] respiraciones/minuto

TA [] [] [] [] (sistólica) [] [] [] [] (diastólica) mmHg Deshidratación severa Sí No No sabe

Tiempo de llenado capilar externo > 2 segundos Sí No No sabe

Saturación de oxígeno: [] [] [%] en Oaire ambiental O oxigenoterapia No sabe A V D N (marque una con un círculo)

Escala de coma de Glasgow (GCS/15) [] [] [] Desnutrición Sí No No sabe

Perímetro mesobraquial [] [] [] mm Estatura: [] [] [] cm Peso: [] [] [] [] kg

COMORBILIDADES (existentes previas al ingreso)

Enfermedad cardíaca crónica (no incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Fumador/a actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Asplenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Enfermedad hepática crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Otras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Trastorno neurológico crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Si la respuesta es sí, especificar:	

VIH Sí-en TAR Sí-no en TAR No No sabe

PREADMISION 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)? Sí No No sabe

¿Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)? Sí No No sabe

¿Antiinflamatorios no esteroides (AINE)? Sí No No sabe

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.

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.



World Health Organization ISARC

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESAR					
Historial de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiraje <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
con producción de esputo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de conciencia alterado/confusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
con hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Goteo nasal (rinorrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos o náuseas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor muscular (mialgia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor articular (artralgia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras cutáneas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Fatiga/malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linfoadenopatía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado (hemorragia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Incapaz de andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si hay sangrado, especificar sitio o sitios: _____
Otros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especificar: _____					
MEDICAMENTOS ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguno de los siguientes medicamentos?					
¿Líquidos orales/orogástricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Líquidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Antivirales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Ribavirina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inhibidor de la neuraminidasa <input type="checkbox"/> Interferón alfa <input type="checkbox"/> Interferón beta <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____					
¿Corticosteroides? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, vía: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inhalados					
Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____					
¿Antibióticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Antifúngicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Antipalúdicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especificar: _____					
¿Fármaco experimental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especificar: _____					
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
TERAPIA DE APOYO ¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguna de las siguientes terapias?					
¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Oxigenoterapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado					
Flujo de O ₂ : <input type="checkbox"/> 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min <input type="checkbox"/> No sabe					
Fuente de oxígeno: <input type="checkbox"/> Canalizado <input type="checkbox"/> Bombona <input type="checkbox"/> Concentrador <input type="checkbox"/> No sabe					
Conexión al oxígeno: <input type="checkbox"/> Gafas nasales <input type="checkbox"/> Cánula nasal FA <input type="checkbox"/> Mascarilla simple <input type="checkbox"/> Mascarilla con reservorio					
<input type="checkbox"/> Mascarilla CPAP/VNI <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BIPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A					
¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Inotropos/vasopresores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe					
¿Oxigenación por membrana extracorporea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ¿Decúbito prono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/>	Creatinina (µmol/l)		<input type="checkbox"/>
Cifra de leucocitos (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Sodio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Hematocrito (%)		<input type="checkbox"/>	Potasio (mEq/l)		<input type="checkbox"/>
Plaquetas (x10 ⁹ /l)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
TTPa/INR		<input type="checkbox"/>	Proteína C reactiva (mg/l)		<input type="checkbox"/>
TP (segundos)		<input type="checkbox"/>	LDH (U/l)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Creatina quinasa (U/l)		<input type="checkbox"/>
ALT/SGPT (U/l)		<input type="checkbox"/>	Troponina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Bilirrubina total (µmol/l)		<input type="checkbox"/>	VSG (mm/h)		<input type="checkbox"/>
AST/SGOT (U/l)		<input type="checkbox"/>	Dímero-D (mg/l)		<input type="checkbox"/>
Urea (BUN) (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	Ferritina (ng/ml)		<input type="checkbox"/>
Lactato (mmol/l)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/ml)		<input type="checkbox"/>

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.

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

TERAPIA DE APOYO <i>¿El paciente recibe ACTUALMENTE alguna de las siguientes terapias?</i>	
¿En UCI o unidad de cuidados intermedios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Oxigenoterapia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado: Volumen de flujo de O₂: <input type="checkbox"/> 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min <input type="checkbox"/> No sabe Fuente de oxígeno: <input type="checkbox"/> Canalizado <input type="checkbox"/> Bombona <input type="checkbox"/> Concentrador <input type="checkbox"/> No sabe Conexión al oxígeno: <input type="checkbox"/> Gafas nasales <input type="checkbox"/> Cánula nasal FA <input type="checkbox"/> Mascarilla simple <input type="checkbox"/> Mascarilla con reservorio <input type="checkbox"/> Mascarilla CPAP/VNI <input type="checkbox"/> No sabe
¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BIPAP, CPAP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Inotropos/vasopresores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Oxigenación por membrana extracorporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Decúbito prono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
¿Tratamiento renal sustitutivo (TRS) o diálisis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí: ¿hay infiltrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:			
Virus de la gripe: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si ha sido positivo, tipo _____			
Coronavirus: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si ha sido positivo: <input type="checkbox"/> MERS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Otro patógeno del aparato respiratorio: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si es positivo, especifique _____			
Fiebre hemorrágica vírica: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Paludismo no falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho			
VIH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho			
COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:			
Choque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Bacteriemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Crisis convulsiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Meningitis/encefalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Endocarditis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Miocarditis/pericarditis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Lesión renal aguda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Disfunción hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Otras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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/orogástricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		¿Líquidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Antivirales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí: <input type="radio"/> Ribavirina <input type="radio"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="radio"/> Inhibidor de la neuraminidasa <input type="radio"/> Interferón alfa <input type="radio"/> Interferón beta <input type="radio"/> Otro, especifique: _____			
¿Antibióticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Corticosteroides? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, vía: <input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Intravenosa <input type="radio"/> Inhalados Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____			
¿Antifúngicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Antipalúdicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Fármaco experimental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí: ¿hay infiltrados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:			
Virus de la gripe: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si ha sido positivo, tipo _____			
Coronavirus: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si ha sido positivo: <input type="checkbox"/> MERS-CoV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Otro patógeno del aparato respiratorio: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Si es positivo, especifique _____			
Fiebre hemorrágica vírica: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho Paludismo no falciparum: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho			
VIH: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho			
COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:			
Choque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Bacteriemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Crisis convulsiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Meningitis/encefalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Endocarditis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Miocarditis/pericarditis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Lesión renal aguda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Disfunción hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Otras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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/orogástricos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		¿Líquidos intravenosos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Antivirales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Ribavirina <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir <input type="checkbox"/> Inhibidor de la neuraminidasa <input type="checkbox"/> Interferón alfa <input type="checkbox"/> Interferón beta <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____			
¿Antibióticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Corticosteroides? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, vía: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Intravenosa <input type="checkbox"/> Inhalados Si la respuesta es sí, indique el nombre del agente y la dosis máxima diaria: _____			
¿Antifúngicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Antipalúdicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
¿Fármaco experimental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			
Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, especifique: _____			

Sangrado

Seleccione «sí» si hubiera hemorragia en cualquier punto.

Endocarditis

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

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).

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

TERAPIA DE APOYO Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado:

¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? Sí No No sabe
 Si la respuesta es sí, duración total: _____ días
 Fecha de ingreso en UCI: [D][D][M][M][2][0][A][A] N/A
 Fecha de alta de UCI: [D][D][M][M][2][0][A][A] En UCI en el desenlace N/A

¿Oxigenoterapia? Sí No No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:
 Duración total: _____ días
 Volumen de flujo de O₂: 1-5 l/min 6-10 l/min 11-15 l/min >15 l/min
 Fuente de oxígeno: Canalizada Bombona Concentrador
 Conexión al oxígeno: Gafas nasales Cánula nasal FA Mascarilla simple Mascarilla con reservorio
 Mascarilla CPAP/NI

¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BIPAP, CPAP) Sí No No sabe
 Si la respuesta es sí, duración total: _____ días

¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? Sí No No sabe
 Si la respuesta es sí, duración total: _____ días

¿Oxigenación por membrana extracorporea? Sí No No sabe
 Si la respuesta es sí, duración total: _____ días

¿Decúbito prono? Sí No No sabe Si la respuesta es sí, duración total: _____ días

¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? Sí No No sabe

¿Inotropos/vasopresores? Sí No No sabe Si la respuesta es sí, duración total: _____ días

DESENLACE

Desenlace: Alta Ingreso Traslado a otro centro Fallecido Cuidados paliativos No sabe
 Fecha del desenlace: [D][D][M][M][2][0][A][A] No sabe
 Si se le dio el alta: Capacidad para cuidar de sí mismo en comparación con su estado anterior a la enfermedad:
 Igual que antes de la enfermedad Peor Mejor
 No sabe

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. DESENLACE

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.

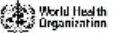

Traslado a otro centro significa que se ha trasladado al paciente a otro centro que proporciona atención médica. Puede tratarse de un centro especializado para tratamientos más intensivos o para rehabilitación. No incluye los centros que solo han proporcionado atención social (esos pacientes deberán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

  ID DE PARTICIPANTE 	
TERAPIA DE APOYO Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado:	
¿En UCI o unidad de cuidados intermedios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
Fecha de ingreso en UCI: [D][D][M][M][2][0][A][A] <input type="checkbox"/> N/A	
Fecha de alta de UCI: [D][D][M][M][2][0][A][A] <input type="checkbox"/> En UCI en el desenlace <input type="checkbox"/> N/A	
¿Oxigenoterapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, complete el resto del apartado:	
Duración total: _____ días	
Volumen de flujo de O ₂ : 1-5 l/min <input type="checkbox"/> 6-10 l/min <input type="checkbox"/> 11-15 l/min <input type="checkbox"/> >15 l/min	
Fuente de oxígeno: <input type="checkbox"/> Canalizada <input type="checkbox"/> Bombona <input type="checkbox"/> Concentrador	
Conexión al oxígeno: <input type="checkbox"/> Gafas nasales <input type="checkbox"/> Cánula nasal FA <input type="checkbox"/> Mascarilla simple <input type="checkbox"/> Mascarilla con reservorio	
<input type="checkbox"/> Mascarilla CPAP/NI	
¿Ventilación mecánica no invasiva? (p. ej. BIPAP, CPAP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
¿Oxigenación por membrana extracorporea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
¿Decúbito prono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Inotropos/vasopresores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es sí, duración total: _____ días	
DESENLACE	
Desenlace: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Traslado a otro centro <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos <input type="checkbox"/> No sabe	
Fecha del desenlace: [D][D][M][M][2][0][A][A] <input type="checkbox"/> No sabe	
Si se le dio el alta: Capacidad para cuidar de sí mismo en comparación con su estado anterior a la enfermedad:	
<input type="checkbox"/> Igual que antes de la enfermedad <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Mejor	
<input type="checkbox"/> No sabe	



Plataforma clínica global de la COVID-19 | Guía para completar la versión rápida del CRD