

El WHO/ISARIC CRD CORE de COVID-19 se ha actualizado (23 ABRIL 2020). En <https://isaric.tghn.org/COVID-19-CRF> podrá encontrar un resumen de los cambios de la versión v1.3 (esta versión) a la nueva versión. Se está preparando la traducción al español de la nueva versión y pronto estará disponible en el sitio web. Mientras tanto, siga usando esta versión v1.3.

NUEVO CORONAVIRUS (nCoV)

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

DISEÑO DE ESTE CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)

Este CRD está dividido en dos partes: el cuaderno «PRINCIPAL» y el cuaderno «DIARIO» para la recogida de datos de laboratorio y clínicos.

Deberá completar el cuaderno PRINCIPAL y el cuaderno DIARIO el primer día de ingreso hospitalario y en el momento de admisión en la UCI, y a diario hasta el alta hospitalaria o fallecimiento.

DIRECTRICES GENERALES

- El CRD se ha diseñado para recopilar datos obtenidos mediante exploración, anamnesis y revisión de las notas hospitalarias. Los datos pueden recopilarse de forma 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 de 3 dígitos y un número de participante de 4 dígitos.
Puede obtener un código de centro y registrarse en el sistema de gestión de datos poniéndose en contacto con ncov@isaric.org. Los números de los participantes se asignarán de forma secuencial para cada centro, empezando por 0001. En el caso de los centros que incluyen participantes de distintos departamentos o unidades, o en caso de que fuera difícil asignar números secuenciales, se acepta la asignación de números en bloques o la incorporación de letras. P. ej., el departamento X asignará números de 0001 o A001 en adelante y el departamento Y asignará números del 5001 o del B001 en adelante. Introduzca el número de identificación de participante en la parte superior de cada página.
- Los datos deben introducirse 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 todas los ítems de todos los apartados, excepto en los casos en que las instrucciones digan que puede saltarse un apartado basándose en determinadas respuestas.
- 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).
- Utilice las letras «N/A» cuando haya resultados o valores de laboratorio que no estén disponibles, no correspondan o se desconozcan.
- Evite registrar datos fuera de las áreas dedicadas. Existen apartados disponibles para registrar información adicional.
- Si utiliza el CRD en papel, le recomendamos que escriba con claridad y con bolígrafo, utilizando letras MAYÚSCULAS.
- Escriba una (X) para seleccionar la respuesta correspondiente. Para hacer correcciones, tache (-----) los datos que desea borrar y escriba los datos correctos por encima. Ponga sus iniciales y fecha en todas las correcciones.
- Mantenga juntas todas las hojas correspondientes a un mismo participante, utilice por ejemplo una grapa o una carpeta de participante individual.

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [][][]--- [][][][]

- Transfiera todos los datos del CRD en papel a la base de datos electrónica. Todos los CRD deben guardarse localmente. No envíe por correo electrónico o correo postal ningún cuaderno con información que pueda identificar a un paciente. Todos los datos deberán transferirse a la base de datos electrónica segura.
- Introduzca los datos en el sistema electrónico de recopilación de datos en <https://redcap.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.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CLÍNICOS

Caso confirmado o probable de nuevo coronavirus (nCoV) como causa principal del ingreso: SÍ NO

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

En los 14 días previos al inicio de la enfermedad el paciente:

Viajó a una zona con casos documentados de infecciones por nCoV SÍ NO No sabe

Estuvo en contacto estrecho* con un caso probable o confirmado de infección por nCoV, mientras ese paciente era sintomático SÍ NO No sabe

Visitó un centro sanitario en el que se han tratado infecciones por nCoV SÍ NO No sabe

Visitó un laboratorio en el que se procesaban muestras de casos sospechosos o confirmados de nCoV SÍ NO No sabe

Tuvo contacto directo con animales en países en los que se sabe que el nCoV circula en poblaciones animales o en los que se han producido infecciones en humanos como resultado de una supuesta transmisión zoonótica SÍ NO No sabe

* El contacto estrecho se define como:

- Exposición asociada a la atención sanitaria, incluido el cuidado directo de pacientes con nuevo coronavirus, p. ej., personal sanitario, personal que trabaja con personal sanitario infectado con nuevo coronavirus, visitas a pacientes, compartir el mismo entorno cerrado con un paciente con nuevo coronavirus o exposición directa a líquidos corporales o secreciones, incluidas las microgotas de estornudos y tos.
- Trabajar en gran proximidad o compartir el mismo entorno de aula con un paciente de nuevo coronavirus.
- Viajar con un paciente de nuevo coronavirus en cualquier tipo de transporte.
- Vivir en el mismo domicilio que un paciente de nuevo coronavirus.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

DATOS DEMOGRÁFICOS	
Nombre del centro médico: _____	País: _____
Fecha de inscripción: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]	
Grupo étnico (marque todas las respuestas que correspondan): <input type="radio"/> Árabe <input type="radio"/> Negro <input type="radio"/> Este de Asia <input type="radio"/> Sur de Asia <input type="radio"/> Oeste de Asia <input type="radio"/> Latinoamérica <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Aborigen/Primeras Naciones <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Trabaja como personal sanitario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
¿Trabaja en un laboratorio de microbiología? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No especificado	
Edad estimada [][][] años O [][][] meses	
¿Embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> N/A Si la respuesta es Sí: valoración de las semanas de gestación: [][][] semanas	
¿EN POSPARTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A (si NO o N/A omitir este apartado e ir a NIÑO)	
Desenlace del embarazo: <input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Nacido muerto	Fecha del parto: [D][D]/[M][M]/[2][0][A][A]
¿Se han hecho las pruebas de detección de la infección respiratoria aguda de la madre al bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A Si la respuesta es Sí el resultado es: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Método: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Otro: _____	
NIÑO: ¿menos de 1 año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (en caso negativo, omitir este apartado)	
Peso al nacer: [][][].[][][] kg o <input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> N/A	
Desenlace de la gestación: <input type="checkbox"/> Nacido a término (≥37 semanas de EG) <input type="checkbox"/> Prematuro (<37 semanas de EG) <input type="checkbox"/> N/A	
¿Amamantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A Si la respuesta es Sí: <input type="checkbox"/> Amamantado actualmente <input type="checkbox"/> Dejó de amamantar a las [][][] semanas <input type="checkbox"/> N/A	
¿Desarrollo apropiado para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Vacunaciones correspondientes al país o edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> N/A	

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

COMORBILIDAD			
Durante el análisis se calcularán la comorbilidad y los factores de riesgo (índice Charlson) de cada paciente.			
Patologías cardíacas crónicas, incluidas las patologías cardíacas congénitas (no incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Obesidad (definida por el personal médico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad pulmonar crónica (no incluye asma)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Diabetes con complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Asma (diagnosticado por un médico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Diabetes sin complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Trastorno reumático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad hepática moderada o grave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Demencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad hepática leve	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Desnutrición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
Trastorno neurológico crónico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Fumador/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado <input type="checkbox"/> Exfumador
Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Otros factores de riesgo relevantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Enfermedad hemática crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es sí, especificar: _____	
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	_____	
INICIO Y ADMISIÓN			
Fecha de inicio del primer síntoma o del más temprano: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]			
Fecha de admisión en este centro: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]			
Hora de admisión (formato de 24 horas): [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]			
¿Ha sido trasladado desde otra unidad? <input type="checkbox"/> Sí-la unidad pertenece al centro del estudio <input type="checkbox"/> Sí-la unidad no pertenece al centro del estudio <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A			
Si la respuesta es Sí: Nombre de la unidad desde la que ha sido trasladado: _____ <input type="checkbox"/> N/A			
Si la respuesta es Sí: Fecha de admisión en la unidad desde la que ha sido trasladado (DD/MM/AAAA): [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] <input type="checkbox"/> N/A			
Si la respuesta es Sí-centro del estudio: N.º de ID de participante en la unidad desde la que ha sido trasladado: <input type="checkbox"/> El mismo que el ya indicado <input type="checkbox"/> Diferente: [][][][]-- [][][][][] <input type="checkbox"/> N/A			
¿Hizo algún viaje en los 14 días antes del inicio del primer síntoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe			
Si la respuesta es Sí, indique a dónde y la fecha (o fechas): País: _____ Población/Área geográfica: _____			
Fecha de regreso: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] <input type="checkbox"/> N/A (hay más espacio al final si se requiere)			
¿Estuvo en contacto con animales, carne cruda o picaduras de insectos en los 14 días antes del inicio de los síntomas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> N/A Si la respuesta es Sí, complete el apartado EXPOSICIÓN A ANIMALES			

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL MOMENTO DE INGRESO HOSPITALARIO (<i>primeros datos disponibles el día de presentación/ingreso, en 24 horas</i>)	
Temperatura: [][][][] . [][] °C o [][][] °F FC: [][][][] latidos por minuto FR: [][][][] respiraciones por minuto	
Tensión sistólica: [][][][] mmHg Tensión diastólica: [][][][] mmHg Deshidratación severa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe	
Tiempo de llenado capilar externo >2 segundos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe	
Saturación de oxígeno: [][][][] % En: <input type="checkbox"/> Aire de la habitación <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> N/A	
Signos y síntomas en el ingreso (<i>observados/notificados en el ingreso y asociados a este episodio de enfermedad aguda</i>)	
Historial de fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
con producción de esputo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
esputo sanguinolento/hemoptisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Goteo nasal (rinorrea)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor torácico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor muscular (mialgia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor articular (artralgia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Fatiga/malestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Falta de aliento (disnea)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Tiraje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Cefalea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Estado de conciencia alterado/confusión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Vómitos / náuseas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Úlceras cutáneas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Linfoadenopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Sangrado (hemorragia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe
Si hay sangrado, especificar sitio o sitios:	_____

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

MICROBIOLOGÍA CLÍNICA:

¿Se realizaron pruebas de microbiología clínica durante este episodio de enfermedad? Sí (completar apartado) NO N/A

Gripe: Sí-confirmado Sí-probable NO **Si la respuesta es Sí:** A/H3N2 A/H1N1pdm09 A/H7N9
 A/H5N1 A, sin tipificar B Otra: _____

Coronavirus: Sí-confirmado Sí-probable NO **Si la respuesta es Sí:** Nuevo CoV MERS CoV
 Otro CoV: _____

VRS: Sí- confirmado Sí- probable NO

Adenovirus: Sí- confirmado Sí- probable NO

Bacteria: Sí – confirmado : No

Otros diagnósticos de enfermedades respiratorias infecciosas: Sí- confirmado Sí- probable NO

Si la respuesta es sí para «Otros diagnósticos de enfermedad respiratoria infecciosa», especificar: _____

Neumonía clínica: Sí NO No sabe **Si la respuesta es NO, EN TODOS LOS CASOS ANTERIORES:**

Sospecha de enfermedad no infecciosa: Sí N/A

Fecha de recogida de muestra (DD/MM/AAAA)	Tipo de muestra biológica	Método de prueba	Resultado	Patógeno analizado/detectado
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Muestra nasal/NF <input type="checkbox"/> Muestra nasal <input type="checkbox"/> Muestra combinada nasal/NF+faringea <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Aspirado traqueal <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces/frotis rectal <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Muestra nasal/NF <input type="checkbox"/> Muestra nasal <input type="checkbox"/> Muestra combinada nasal/NF+faringea <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Aspirado traqueal <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces/frotis rectal <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____	<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Muestra nasal/NF <input type="checkbox"/> Muestra nasal <input type="checkbox"/> Muestra combinada nasal/NF+faringea <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Aspirado traqueal <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces/frotis rectal <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____	<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N/A	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Muestra nasal/NF <input type="checkbox"/> Muestra nasal <input type="checkbox"/> Muestra combinada nasal/NF+faringea <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Aspirado traqueal <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces/frotis rectal <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____	<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N/A	_____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: [][][][]-- [][][][][]

<p>___/___/20__</p>	<p> <input type="checkbox"/> Muestra nasal/NF <input type="checkbox"/> Muestra nasal <input type="checkbox"/> Muestra combinada nasal/NF+faringea <input type="checkbox"/> Espujo <input type="checkbox"/> Lavado broncoalveolar <input type="checkbox"/> Aspirado traqueal <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Heces/frotis rectal <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra, <i>especificar</i>: _____ </p>	<p> <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> Otro, <i>especificar</i>: _____ </p>	<p> <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> N/A </p>	<p>_____</p>
---------------------	--	---	---	--------------

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DIARIA (completar un cuaderno el día del ingreso, un cuaderno el día de ingreso en UCI y a diario hasta 14 días o hasta el alta o fallecimiento)

HOJA DE EVALUACIÓN DIARIA (el día del ingreso, en cualquier ingreso en la UCI, y a diario). Completar todos los ítems.

FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [][][][]/[][][][]/[][][][][][]

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

¿Ingresado actualmente en la UCI/UTI? SÍ NO N/A

Registre el peor valor (obtenido en las 24 horas previas (si no estuviera disponible, escriba «N/A»)):

Hecho SÍ NO FiO_2 (0,21-1,0) [][][][] o [][][][]/min

Hecho SÍ NO SaO_2 [][][][]%

Hecho SÍ NO PaO_2 en el momento de medida de FiO_2 anterior [][][][][] kPa o mmHg

Hecho SÍ NO PaO_2 tipo de muestra: Arterial Venosa Capilar N/A

Hecho SÍ NO De la misma medida de gases en sangre de la PaO_2 PCO_2 _____ kPa o mmHg

Hecho SÍ NO pH _____

Hecho SÍ NO HCO_3^- _____ mEq/l

Hecho SÍ NO Exceso de base _____ mmol/l

AVPU Alerta [][] Voz [][] Dolor [][] Ausencia de respuesta [][]

Escala de coma de Glasgow (GCS / 15) [][][][]

Hecho SÍ NO Escala de sedación-agitación de Richmond (RASS) [][]

Hecho SÍ NO Escala de sedación-agitación de Riker (SAS) [][]

Hecho SÍ NO Tensión arterial sistólica [][][][][] mmHg

Hecho SÍ NO Tensión arterial diastólica [][][][][] mmHg

Hecho SÍ NO Tensión arterial media [][][][][] mmHg

Hecho SÍ NO Uroflujometría [][][][][][][][] ml/24 horas Marcar si es una estimación

El paciente recibe actualmente o ha recibido (entre las 00:00 y las 24:00 horas el día de la evaluación) (aplicar este criterio en todas las preguntas de este apartado):

¿Ventilación mecánica no invasiva (p. ej. BIPAP, CPAP)? SÍ NO N/A ¿Ventilación mecánica invasiva? SÍ NO N/A

¿Oxigenación por membrana extracorporeal (OMECE)? SÍ NO N/A Oxigenoterapia nasal de alto flujo con cánula nasal SÍ NO N/A

¿Diálisis/hemofiltración? SÍ NO N/A

¿Asistencia con vasopresores/inotrópicos? SÍ NO (si la respuesta es NO, marque NO en las 3 preguntas siguientes) N/A

Dopamina <5 µg/kg/min O dobutamina O milrinona O levosimendán: SÍ NO

Dopamina 5-15 µg/kg/min O epinefrina/norepinefrina <0,1 µg/kg/min O vasopresina O fenilefrina: SÍ NO

Dopamina >15 µg/k/min O epinefrina/norepinefrina >0,1 µg/kg/min: SÍ NO

¿Agentes de bloqueo neuromuscular? SÍ NO N/A ¿Óxido nítrico inhalado? SÍ NO N/A

¿Traqueostomía insertada? SÍ NO N/A ¿Decúbito prono? SÍ NO N/A

Otra intervención o procedimiento: SÍ NO N/A Si la respuesta es SÍ, especificar: _____

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DIARIA (completar un cuaderno el día del ingreso, un cuaderno el día de ingreso en UCI y a diario hasta 14 días o hasta el alta o fallecimiento)

RESULTADOS DIARIOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO (el día del ingreso, en cualquier ingreso en la UCI y a diario).

Completar todas las entradas.

FECHA DE EVALUACIÓN (DD/MM/AAAA): [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]

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

Hecho SÍ NO Hemoglobina _____ g/l o g/dl

Hecho SÍ NO Cifra de leucocitos _____ x10⁹/l o x10³/μl

Hecho SÍ NO Cifra de linfocitos _____ células/ μl

Hecho SÍ NO Cifra de neutrófilos _____ células/ μl

Hecho SÍ NO Hematocrito [_] [_] %

Hecho SÍ NO Plaquetas _____ x10⁹/l o x10³/μl

Hecho SÍ NO TTPa/INR _____

Hecho SÍ NO TP _____ segundos

Hecho SÍ NO INR _____

Hecho SÍ NO ALT/SGPT _____ U/l

Hecho SÍ NO Bilirrubina total _____ μmol/l o mg/dl

Hecho SÍ NO Aspartato aminotransferasa/SGOT _____ U/l

Hecho SÍ NO Glucosa _____ mmol/l o mg/dl

Hecho SÍ NO Nitrógeno ureico en sangre (urea) _____ mmol/l o mg/dl

Hecho SÍ NO Lactato _____ mmol/l o mg/dl

Hecho SÍ NO Creatinina _____ μmol/l o mg/dl

Hecho SÍ NO Sodio [_] [_] [_] [_] mEq/l

Hecho SÍ NO Potasio [_] [_] [_] [_] mEq/l

Hecho SÍ NO Procalcitonina [_] [_] . [_] [_] ng/ml

Hecho SÍ NO Proteína C reactiva [_] [_] [_] . [_] [_] mg/l

¿Se han hecho pruebas de rayos X torácicas? SÍ NO N/A

Sí la respuesta es SÍ: ¿se han observado infiltrados?

SÍ NO N/A

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

COMPLICACIONES: Durante el ingreso hospitalario el paciente sufrió:								
Neumonitis vírica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Parada cardíaca	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Neumonía bacteriana	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Bacteriemia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Trastorno de coagulación / coagulación intravascular diseminada	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Si la respuesta es sí, especificar: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Se desconoce				Anemia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Neumotórax	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Rabdomiolisis / miositis	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Derrame pleural	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Lesión renal aguda/ fallo renal agudo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Neumonía organizada criptogénica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Hemorragia gastrointestinal	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Pancreatitis	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Meningitis/encefalitis	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Disfunción hepática	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Crisis convulsiva	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Hiperglucemia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Ictus/accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Insuficiencia cardíaca, congestiva	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Otros	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	
Endocarditis / miocarditis / pericarditis	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es sí, especificar: _____ _____				
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A					
Isquemia cardíaca	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A					

TRATAMIENTO: Durante el ingreso hospitalario el paciente recibió o fue ingresado en:

la UCI o unidad de vigilancia intensiva SÍ NO N/A Si la respuesta es SÍ, especificar: _____ días

Si la respuesta es sí, indique la fecha de ingreso en la UCI: [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] N/A

fecha de alta de la UCI: [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] N/A

¿Oxigenoterapia? SÍ NO N/A

¿Ventilación mecánica no invasiva? (p.ej. BIPAP, CPAP) SÍ NO N/A

¿Ventilación mecánica invasiva (cualquiera)? SÍ NO N/A Si la respuesta es SÍ, duración total: _____ días

¿Ventilación mecánica en decúbito prono? SÍ NO N/A

¿Óxido nítrico inhalado? SÍ NO N/A

¿Traqueostomía insertada? SÍ NO N/A,

¿Oxigenación por membrana extracorporeal? SÍ NO N/A

¿Tratamiento renal sustitutivo o diálisis? SÍ NO N/A

¿Vasopresores/inotrópicos? SÍ NO N/A

Si la respuesta es SÍ: Fecha de la primera vez/inicio [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] N/A

Fecha de la última vez/fin: [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] N/A

OTROS procedimientos o intervenciones (especificar): _____

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

MEDICAMENTOS: Durante el ingreso hospitalario o en el alta, ¿se le administró alguno de los tratamientos siguientes?

Agentes antivíricos SÍ NO N/A Si la respuesta es SÍ: ribavirina lopinavir/ritonavir interferón alfa interferón beta

inhibidor de la neuraminidasa otro _____

Antibióticos SÍ NO N/A

¿Corticosteroides? SÍ NO N/A Si la respuesta es SÍ, vía: oral intravenosa inhalados

Si la respuesta es SÍ, indique el tipo y la dosis: _____

¿Agentes antifúngicos? SÍ NO N/A

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL**DESENLACE**

Desenlace: Alta Ingreso Traslado a otro centro Fallecimiento
 Alta paliativa No sabe

Fecha del desenlace: [_] [_] [_] / [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] N/A

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 N/A

Si se le dio el alta: Tratamiento tras el alta:

¿Oxigenoterapia? Sí NO N/A Diálisis/tratamiento renal? Sí NO N/A

¿Otra intervención o procedimiento? Sí NO N/A

Si la respuesta es Sí: especificar (se permiten varias respuestas):

Si el paciente fue transferido: Nombre del centro: _____

N/A

Si el paciente fue trasladado: ¿El centro al que ha sido trasladado es uno de los centros del estudio? Sí NO N/A

Si es uno de los centros del estudio: N.º de ID de participante en el nuevo centro: El mismo que el ya indicado Diferente:

[][][]-[][][][] N/A

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PRINCIPAL

VIAJES: ¿El paciente hizo algún viaje en los 14 días previos al inicio del primer síntoma? Si >1 lista de lugares y fechas:		
País: _____	Población/área geográfica: _____	Fecha de regreso (DD/MM/20AA): ____ / ____ /20 ____
País: _____	Población/área geográfica: _____	Fecha de regreso (DD/MM/20AA): ____ / ____ /20 ____
País: _____	Población/área geográfica: _____	Fecha de regreso (DD/MM/20AA): ____ / ____ /20 ____

EXPOSICIÓN A ANIMALES: ¿Estuvo en contacto con animales, carne cruda o picaduras de insectos en los 14 días previos al inicio de los síntomas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A Si la respuesta es sí, complete todas las entradas siguientes. Si la respuesta es SÍ, especificar qué animal, insecto, tipo de contacto y fecha de exposición (DD/MM/AAAA) aquí: 		
Aves (p. ej., gallinas, pavos, patos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Murciélago	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Ganado (p. ej., cabras, ganado vacuno, camellos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Caballos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Liebres, conejos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Cerdos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Primates no humanos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Roedores (p. ej., ratas, ratones, ardillas)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Picadura de insecto o de garrapatas (p. ej., garrapata, pulga, mosquito).	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Reptiles, anfibios	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Animales domésticos en el domicilio del paciente (p. ej., gatos, perros, otros)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Heces o nidos de animales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Animales enfermos o muertos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Carne cruda o sangre de animales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Desollado, aderezado o comido carne de caza silvestre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Visitas a mercados con animales vivos, granjas o zoos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Participación en cirugía o necropsias animales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	
Otros contactos con animales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	