

REGISTRO COVID-19 REUMATOLOGÍA

De parte de la comunidad global de reumatología, le damos las gracias por participar en esta importante iniciativa. Nuestro objetivo es que la información que usted y otros proveedores aporten nos ayude a entender cómo el virus COVID-19 afecta a los pacientes con condiciones reumatológicas o aquellos pacientes que están usando medicamentos inmunosupresores. Esperamos entender mejor el riesgo de infección, hacer seguimiento al resultado y utilizar estos datos para informar las decisiones terapéuticas.

Por favor tome en cuenta que esta encuesta es solamente para profesionales de la salud quienes están a cargo de pacientes adultos con problemas reumatológicos. Las encuestas para pacientes pediátricos o para que los mismos pacientes reporten sus síntomas están disponibles por separado en la página web de la Alianza Global para COVID-19 en Reumatología (COVID-19 Global Rheumatology Alliance).

El formulario de reporte de caso toma aproximadamente 5-7 minutos en llenar. Los datos de identificación de los pacientes como nombre y fecha de nacimiento no serán recolectados. Toda la información será mantenida de forma estrictamente confidencial y solo será compartida con los investigadores que estén encargados de recopilar la información. Las actualizaciones de los datos recogidos serán anunciados en la página web de la Alianza Global para COVID-19 en Reumatología (COVID-19 Global Rheumatology Alliance): <https://rheum-covid.org>.

El éxito de este esfuerzo colaborativo dependerá de la participación activa de los miembros de nuestra comunidad de reumatología para recolectar información que sea exacta y precisa. Le solicitamos compartir este sitio web con sus colegas y estimular el reporte de cualquier caso de COVID-19 en pacientes con enfermedades reumatológicas.

Alianza Global para COVID-19 en Reumatología (The COVID-19 Global Rheumatology Alliance)

COVID-19 en Reumatología (Rheum COVID-19) - Información del personal de salud reportando el caso

Apellido de la personal que reporta _____
Primer nombre de la personal que reporta _____
Correo electrónico (idealmente institucional) _____
Cargo de la persona que reporta (ej. médico, enfermero, etc.) _____
Especialidad de la persona que reporta _____
Nombre del hospital/clínica _____
Ciudad del hospital/clínica _____
Estado/provincia/departamento del localizado el hospital/clínica _____
País del hospital/clínica _____

Nota: Este formulario es sólo para referencia, por favor no lo utilice para suministrar información al registro. Para añadir información dirijase a <https://rheum-covid.org>.

Reumatología COVID-19 Información del paciente

Identificador único del paciente (automatizado)

Edad del paciente _____ (19-99 años)

Este registro es únicamente para pacientes adultos.

Sexo del paciente al nacimiento

Mujer

Hombre

Otro o desconocido

Información COVID-19

Diagnóstico de COVID-19: Fecha

_____ (si el día es desconocido poner 15)

Diagnóstico de COVID-19: Lugar

- Casa o establecimiento independiente (ej. sitio de prueba/análisis móvil)
- Asilo de ancianos or centro de vida asistida
- Consulta externa
- Departamento de Urgencias
- Hospitalización
- Desconocido
- Otro _____

Diagnóstico de COVID-19: ¿Cómo se hizo el diagnóstico de COVID-19?

- Diagnóstico presuntivo/sospechoso basado únicamente en síntomas
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)
- Anticuerpos
- Prueba metagenómica
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Ensayo de laboratorio, tipo desconocido
- Desconocido
- Otro _____

¿Ha tenido este paciente en algún momento síntomas de infección por COVID-19?

- Si
- No
- Desconocido

COVID-19: (si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa) síntomas clínicos durante el curso de la infección (marque todos los que apliquen)

- Fiebre
- Cefalea
- Odinofagia
- Tos
- Disnea
- Artralgia
- Mialgia
- Dolor torácico
- Dolor abdominal
- Diarrea, vómitos o náuseas
- Rinorrea
- Irritabilidad/confusión
- Malestar general
- Anosmia
- Disgeusia
- Otro

COVID-19, otros síntomas clínicos, favor especificar: _____

COVID-19: Tratamiento (solo incluya medicamentos que se hayan administrado para tratar esta infección. Los tratamientos para enfermedades reumatológicas están enumerados en la siguiente sección) (Marque todas las opciones que apliquen)

- Ningún tratamiento a excepción de manejo de soporte
- Remdesivir
- Lopinavir/ritonavir
- Antimaláricos (ej. cloroquina, hidroxicloroquina)
- Inhibidores de IL-6 (ej. tocilizumab, sarilumab, siltuximab)
- Bevacizumab
- Inhibidores de JAK (ej. tofacitinib, baricitinib, upadacitinib)
- Inhibidores de proteasas de serpina (Serpin)
- Ciclesonida
- Glucocorticoides
- Inmunoglobulina intravenosa (IGIV)
- Plasma proveniente de pacientes recuperados
- Otro

COVID-19: Tratamientos, notas adicionales/otros: _____

¿Ha fallecido el paciente?

- Sí, falleció
- No falleció o no sabe el estado vital del paciente

Si el paciente falleció, Aproximadamente cuántos días pasaron entre el inicio de los síntomas de COVID19 y el día del fallecimiento del paciente: _____

Si no falleció, se han resuelto los síntomas de COVID19 al momento de este reporte?

- Sí
- No
- Desconocido

Si los síntomas del paciente resolvieron: Aproximadamente, ¿Cuántos días pasaron desde el inicio de los síntomas por COVID19 hasta su resolución?:_____ (# de días)

Si el paciente falleció o sus síntomas se resolvieron: ¿Fue el paciente hospitalizado durante la enfermedad?

- Sí
- No
- Desconocido

Si no fue hospitalizado: ¿Requirió el paciente alguna intervención médica? (Ej. oxígeno suplementario)

- Sí
- No
- Desconocido

Si fue hospitalizado: ¿Cuál fue el máximo nivel de cuidado que requirió durante la enfermedad?

- No requirió oxígeno suplementario
- Requirió oxígeno suplementario
- Requirió ventilación mecánica no invasiva o dispositivos de oxígeno a alto flujo
- Requirió ventilación mecánica invasiva o oxigenación por membrana extracorpórea
- Requirió ventilación, pero el tipo es desconocido
- Intervenciones desconocidas

Si los síntomas no se han resuelto: aproximadamente cuántos días han pasado desde el inicio de síntomas de COVID-19 (hasta hoy):_____ (# de días)

Si los síntomas no se han resuelto: ¿Ha sido el paciente hospitalizado durante la enfermedad?

- Sí
- No
- Desconocido

Si los síntomas no resolvieron y no fue hospitalizado: ¿Ha requerido el paciente alguna intervención médica hasta el momento? (Ej. oxígeno suplementario)

- Sí
- No
- Desconocido

Si los síntomas no resolvieron y el paciente fue hospitalizado: ¿cual es el máximo nivel de cuidado que ha requerido en el curso de la presente enfermedad hasta el momento?

- No ha requerido oxígeno suplementario
- Requirió oxígeno suplementario
- Requirió ventilación no invasiva o dispositivos de oxígeno de alto flujo
- Requirió ventilación mecánica o oxigenación por membrana extracorpórea.
- Desconocido
- Intervenciones desconocida

COVID-19: Complicaciones (Marque todas las opciones que apliquen)

- Sin complicaciones conocidas
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto o SDRA
- Sepsis
- Miocarditis o falla cardiaca de novo
- Infección concomitante o secundaria (ej. influenza)
- Otras complicaciones serias

COVID-19 Complicaciones: Por favor especifique infecciones concomitantes o secundarias:

COVID-19 Complicaciones: Por favor especifique otras complicaciones serias

Adquisición de la infección: En los 14 días previos al inicio de la enfermedad, ¿el paciente realizó alguna de las siguientes actividades?

(Marque todas las opciones que apliquen)

- Historia de viaje a algún área con casos documentados de infección COVID-19
- Contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección COVID-19
- Presencia en un centro de salud donde se hayan manejado casos de COVID-19
- Ninguna de las anteriores (Adquirido en la comunidad)
- Desconocido
- Otro

COVID-19 otro mecanismo de adquisición de la infección, por favor especifique:

Enfermedad reumatológica o autoinmune y tratamiento

Diagnóstico (s) primario (s) reumatológico o autoinmune
(Por favor, marque solamente el diagnóstico primario)

Vasculitis asociada a ANCA (ej. poliangeítis microscópica, granulomatosis con poliangeítis, granulomatosis con poliangeítis eosinofílica)
Otras vasculitis incluida enfermedad de Kawasaki
Síndrome antifosfolípido
Síndrome autoinflamatorio (incluyendo TRAPS, CAPS, fiebre mediterránea familiar)
Espondiloartritis axial (incluyendo espondilitis anquilosante)
Otras espondiloartritis (incluyendo artritis reactiva)
Enfermedad de Behçet
Osteomielitis multifocal crónica recurrente
Arteritis de células gigantes
Enfermedad relacionada con IgG4
Miopatía inflamatoria (ej. dermatomiositis, polimiositis)
Artritis idiopática juvenil, no sistémica
Artritis idiopática juvenil sistémica
Enfermedad mixta del tejido conectivo
Inflamación ocular
Polimialgia reumática
Artritis psoriásica
Artritis reumatoidea
Otras artritis inflamatorias
Sarcoidosis
Síndrome de Sjögren
Lupus eritematosos sistémico
Esclerosis sistémica (Escleroderma)
Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo
Otros

Diagnóstico de enfermedad inflamatoria ocular, por favor especifique:

Uveítis, anterior
Uveítis, intermedia
Uveítis, posterior
Panuveítis
Escleritis
Vasculitis retiniana
Otra

Otro diagnóstico reumatológico/autoinmune, por favor especifique: _____

Actividad de la enfermedad reumatológica/autoinmune al momento del inicio de los síntomas de COVID-19 (o al momento del diagnóstico de COVID-19, si se encontraba asintomático)

Remisión
Actividad de la enfermedad mínima o baja
Actividad de la enfermedad moderada
Actividad de la enfermedad severa o alta
Desconocida

Tratamientos de la enfermedad reumatológica/autoinmune de base

Glucocorticoides (incluyendo prednisona, metilprednisolona) al momento de inicio de los síntomas de COVID-19 (o al momento del diagnóstico de COVID-19, si está asintomático):

- Si
- No
- Desconocido

Si el paciente está tomando glucocorticoides, indique la dosis (equivalente de prednisona) al momento de inicio de los síntomas de COVID-19 (o al momento del diagnóstico de COVID-19, si está asintomático): _____ (mg/día)

¿Fue el glucocorticoide suspendido o continuado luego del diagnóstico de COVID-19?

- Suspendido
- Continuado a la misma dosis
- Disminuida la dosis
- Aumentada la dosis
- No sabe

Inmunomoduladores utilizados inmediatamente antes del inicio de los síntomas de COVID-19 (o al momento del diagnóstico de COVID-19, si está asintomático): (sólo puede seleccionar hasta 5 opciones)

- Ninguno
- Abatacept
- Antifibróticos (pirfenidona, nintedanib)
- Antimaláricos (incluyendo hidroxicloroquina, cloroquina)
- Apremilast
- Azatioprina/6-mercaptopurina
- Belimumab
- Inhibidores de CD-20 (incluyendo rituximab, ofatumumab)
- Ciclofosfamida
- Ciclosporina
- Denosumab
- Inhibidores de IL-1 (incluyendo anakinra, canakinumab, rilonacept)
- Inhibidores de IL-6 (incluyendo tocilizumab, sarilumab)
- Inhibidores de IL-12/23 (incluyendo ustekinumab, guselkumab)
- Inhibidores de IL-17 (incluyendo secukinumab, ixekizumab)
- Inmunoglobulina intravenosa (IGIV)
- Inhibidores de JAK (incluyendo tofacitinib, baricitinib, upadacitinib)
- Leflunomida
- Metotrexate
- Micofenolato mofetil / ácido micofenólico
- Sulfasalazina
- Tacrolimus
- Talidomida / lenalidomida
- Inhibidores del TNF (incluyendo infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab y agentes biosimilares)
- Esteroide en solución oftálmica
- Desconocido
- Otro _____

Para cada medicamento en la lista:

¿Fue el medicamento suspendido o continuado luego del diagnóstico de COVID-19?

- Suspendido
- Continuado
- Desconocido

Al momento del inicio de los síntomas de COVID-19 (o al momento del diagnóstico si asintomático), ¿Estaba el paciente tomando/recibiendo alguno de los siguientes medicamentos?

	Sí, y la medicación es continuada	Sí, y la medicación es suspendida	No	Desconocido
Inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA)				
Bloqueador de receptor de angiotensina (ARA-2)				
Anti-inflamatorios no esteroideos (AINE)				
Inhibidores de fosfodiesterasa 5 (ejemplo sildenafil)				

Comorbilidades y embarazo (Marque todas las que apliquen)

- Ninguna
- Enfermedad pulmonar intersticial difusa (Ej. neumonía intersticial usual, neumonía intersticial no específica, fibrosis pulmonar idiopática)
- Enfermedad pulmonar obstructiva (Ej. EPOC/Asma)
- Otra enfermedad pulmonar
- Diabetes Mellitus
- Obesidad mórbida (IMC \geq 40)
- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, falla cardíaca congestiva)
- Hipertensión pulmonar
- Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal terminal
- Cáncer
- Receptor de trasplante de órgano
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica
- Trisomía 21 (Síndrome de Down)
- Condición psiquiátrica (ej. esquizofrenia, desorden bipolar)
- Embarazo
- Posparto (<6 semanas)
- Desconocido

Si seleccionó Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa: ¿Cuál opción caracteriza mejor la Enfermedad Pulmonar Intersticial de este paciente? (marque todas las que apliquen)

- Fibrosis Pulmonar Idiopática
- Asociada a enfermedad del tejido conectivo, especifique la enfermedad del tejido conectivo _____
- Neumonitis por hipersensibilidad
- Sarcoidosis
- Desconocida
- Otra Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa: _____

COVID-19 Información del paciente

Origen étnico/raza

(marque todas las opciones que apliquen)

- Árabe
- Afroamericano
- Asiático del este
- Asiático del sur
- Asiático del oeste / medio oriente
- Isleño del Pacífico
- Latinoamericano
- Blanco
- Americano nativo / aborígen
- Otra
- Desconocido o prefiere no responder

Raza: otra, por favor especifique: _____

Tabaquismo

- Tabaquismo activo
- Tabaquismo previo
- Sin antecedente de tabaquismo
- Desconocido

¿El paciente usa actualmente cigarrillos electrónicos? (Vaping)

- Si
- No
- Desconocido

Pruebas de patógenos

	Positivo	Negativo	No evaluado
--	----------	----------	-------------

Influenza A			
Influenza B			
Coronavirus no COVID-19			
Virus sincitial respiratorio (VSR)			
Adenovirus			
Infección bacteriana			
Otras infecciones respiratorias (ejemplo micosis)			

Otros resultados de laboratorio

	Sí	No	Desconocido
Anemia (hemoglobina < 9.2g/dl)			
Dímero D > límite superior normal			
Ferritina > 2000 ng/mL			
IL-6 > límite superior normal			
receptor soluble de IL-2 (sIL2R) > límite superior normal			
Fibrinógeno < 250mg/dl			

Leucopenia (leucocitos<5000/mm3)			
AST o ALT (TGO o TGP)>límite superior normal			
Recuento absoluto de linfocitos <1500/mm3			
Plaquetas<110000/mm3			
Triglicéridos>133 mg/dl			
Esplenomegalia o hepatomegalia conocida			

Seguimiento/ Notas

¿Podríamos contactarlo para obtener más información respecto a los desenlaces de este caso?

Sí

No

¿Quisiera usted compartir algún aprendizaje u otros aspectos de este caso?

¡Muchas gracias por su colaboración!