



Estudio del Covid-19 y otras infecciones respiratorias agudas

Subestudio 2: Estudio retrospectivo de incidencia de COVID-19

Contacto: redcentinela@jcy.l.es

Para Enfermeras centinelas del Programa de Vigilancia Integrada de la Gripe

1 Introducción

El 7 de enero de 2020, las autoridades Chinas comunican que han identificado un coronavirus (posteriormente denominado SARS-CoV-2) como el causante de una epidemia de neumonía atípicas registradas en la ciudad de Wuhan en el mes de diciembre de 2019¹. La OMS declara a la Covid-19 pandemia mundial el día 11 de marzo. El día 14 de marzo se declara el estado de alarma en España² y se insta a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de la enfermedad por coronavirus a las autoridades sanitarias para su diagnóstico y control epidemiológico (aislamiento, estudio de contactos, etc.).

Consecuencia de todo ello, en la semana 11 (del 9 al 15 de marzo) se cierran los centros escolares. En la semana 12 (del 16 al 22 de marzo) la población general está confinada y la práctica totalidad de las infecciones respiratorias agudas (IRA) son notificadas como sospecha de Covid-19, perdiéndose la serie histórica y desapareciendo la vigilancia centinela de la gripe (figura 1). A partir de esa fecha, muchos pacientes con una IRA leve o moderada son aislados en sus domicilios con sospecha de Covid-19 con control médico telefónico y sin una prueba diagnóstica en muchos casos.

Sin embargo, la Red Centinela había observado un repunte de IRA en las semanas 8, 9 y 10 (figura 2), cuando lo esperado es que se hubiera mantenido la tendencia decreciente desde el pico de la gripe de la semana 5. Este repunte pudiera estar ocasionado por la circulación en nuestra población del SARS-CoV-2.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Seroprevalencia (ENS) que representa un amplio estudio longitudinal sero-epidemiológico, de base poblacional, cuyos objetivos son estimar la prevalencia de infección por SARS-Cov2 mediante la determinación de anticuerpos frente al virus en España y evaluar su evolución temporal, mostró en su primera oleada con datos provisionales del test rápido, una prevalencia de anticuerpos Ac IgG de 7,2% (6,3-8,1) en Castilla y León. Esta prevalencia engloba a personas que han pasado la enfermedad, como a aquellas que no han tenido síntomas. Sin embargo, no permite estimar el porcentaje de pacientes con una infección respiratoria aguda causada por el SARS-CoV-2, que es imprescindible para realizar una estimación válida de la incidencia acumulada de Covid-19.

¹ Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020 [citado 7 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947.3>

1.1.1 ² Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.



Figura 1 Serie de IRA 2019-2020 con los límites MEM y la curva de Covid-19

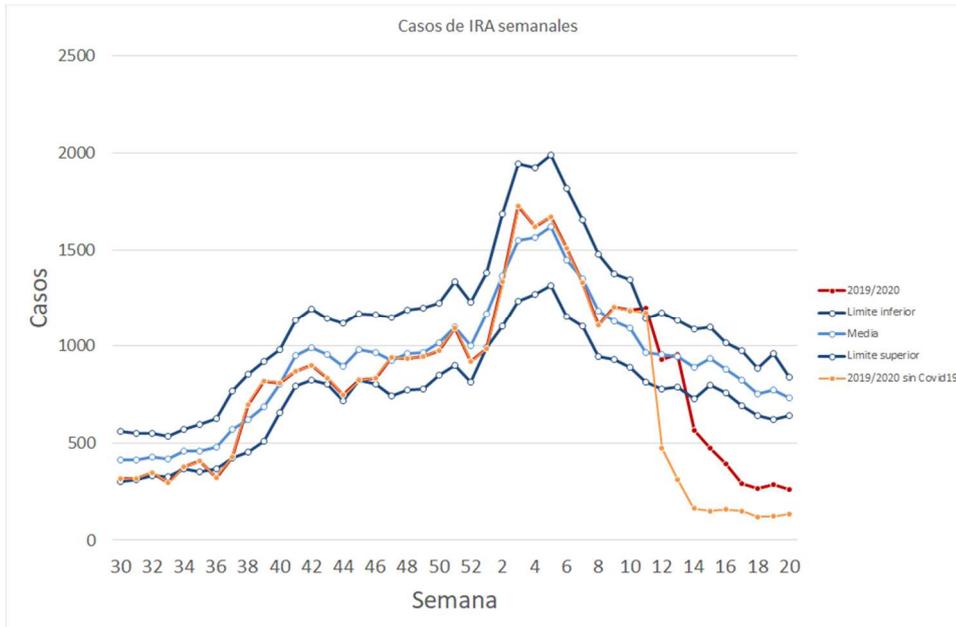
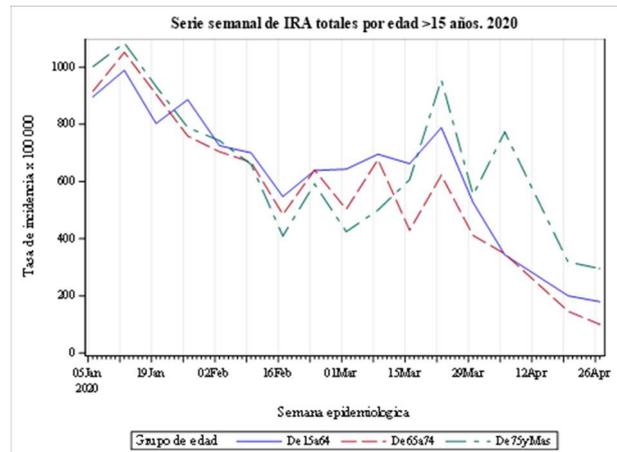
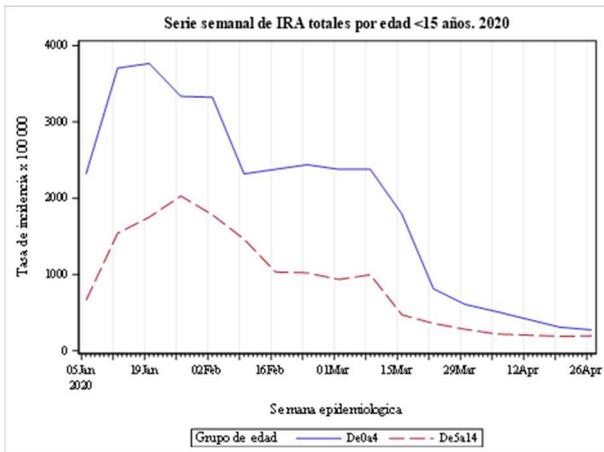


Figura 2. Incidencia de IRA en menores de 15 años y adultos desde la semana 1/2020





2 Objetivo

Estimar el porcentaje de Covid-19 entre los pacientes con una IRA entre las semanas 7 y 13 de 2020 en la población cubierta por la Red Centinela, por medio de la detección de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2.

Estimar la incidencia semanal de Covid-19 entre las semanas 7 y 13 de 2000 en Castilla y León.

En una segunda fase, dependiendo de los resultados de este estudio, se podría plantear otra muestra de pacientes con una IRA entre las semanas 14 y 20 de 2020.

3 Metodología

Estudio retrospectivo de infección por SARS-CoV-2 en pacientes diagnosticados de IRA por la Red Centinela desde la semana 07/2020 (que comenzó el 10 febrero 2020) a la semana 13/2020 (que finalizó el 29 de marzo de 2020), que es el intervalo en el que la Red Centinela observó un repunte de IRA representada en la meseta de la figura 2, tanto en menores de 15 años como en adultos.

3.1 Diseño muestral

Se extraerán dos muestras, una para adultos (15 y más años) y otra para niños y adolescentes (menores de 15).

- A. Muestra de adultos: 2 casos incidentes de IRA por enfermera de medicina de familia participante y semana, lo que supone en torno a 65-70 casos semanales en adultos y en torno 476 para el conjunto del periodo.
- B. Muestra de niños y adolescentes: 2 casos incidentes de IRA por enfermera de pediatría participante y semana, lo que supone en torno a 25-30 casos semanales en menores de 15 años y en torno a 200 para el conjunto del periodo.

Además, se extraerán sendas muestras de reserva para utilizar en caso de no poder estudiar algún caso de las muestras principales.

Este estudio se realizará por profesionales de enfermería (centinelas o no) que trabajen con un médico de familia o un pediatra de la subred de Gripe de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (anexo 1). En caso de que estos profesionales no pertenezcan a la red, se les ofrecerá la pertenencia. Si rehúsan, se le ofrecerá a otro profesional del mismo centro que pueda trabajar con el cupo del centinela de la Subred de Gripe.

Basándonos en el histórico de declaraciones de la red, estimamos la tasa de respuesta en un 90%, suficiente para realizar las estimaciones de seroprevalencia de frente al Covid-19 para el periodo de estudio.

La muestra será extraída por el centro coordinador de la Red Centinela y se distribuirá a los profesionales centinelas en un listado para la citación y cumplimentación del cuestionario del anexo 2. El trabajo de campo será realizado por las enfermeras colaboradoras del programa de vigilancia de la gripe en consulta o en domicilio.

3.1.1 Muestras esperadas área de salud

El número de muestras estimado por laboratorio de área es:



Ávila	42
Burgos	81
León	42
El Bierzo	28
Palencia	71
Salamanca	59
Segovia	54
Soria	27
Valladolid Oeste	69
Valladolid Este	40
Zamora	66

3.2 Determinaciones serológicas

- Muestra de adultos (de 15 y más años de edad): se realizará un test ELISA (ensayo de inmunoadsorción enzimática) para la cuantificación de Ac IgG frente a SARS-CoV-2.
- Muestra de niños y adolescentes (menores de 15 años): se realizará un test rápido de inmunocromatografía. A los positivos de 5 o más años de edad se les ofrecerá, además, la posibilidad de realizar un test ELISA de confirmación. Se utilizará el test que suministre la Gerencia de Área a los centros de salud seleccionados

La interpretación de Ac permitirá asignar el diagnóstico de Covid-19 al proceso de IRA sufrido por el paciente en el periodo de estudio. En el caso de haber sufrido más de una IRA, si es positivo se le asignará a la IRA que sea más compatible clínica y epidemiológicamente con la Covid-19.

4 Procedimiento

4.1 Contacto y citación

La enfermera contactará con el domicilio del paciente por teléfono. Se realizará una llamada al primer teléfono de contacto del paciente. Si no se consigue contactar en el primer intento se continuará llamando al resto de los teléfonos de contacto que se puedan conseguir de personas que vivan en el mismo domicilio. Se intentará contactar **3 veces** en diferentes tramos horarios en todos los teléfonos antes de descartar al paciente.

Se informará del objetivo y características del estudio, que ha sido seleccionado porque pasó una IRA en el periodo de estudio y queremos confirmar si tuvo el Sars-CoV-2(Covid-19), invitándole a participar en el estudio que llevarán a cabo su enfermera y su médico/pediatra, explicándole que su participación es muy importante, porque con este estudio queremos ver cómo ha evolucionado está la epidemia y además podrá saber si ya pasó la enfermedad, dejando claro que su participación es totalmente voluntaria.

Se le explicará que el estudio consiste en responder a un sencillo cuestionario y

- En los adultos: una extracción de una muestra de sangre del brazo para analizarla en el laboratorio.



- B. En los niños y adolescentes: una prueba rápida de detección de anticuerpos para lo cual será necesario un pequeño pinchazo en el dedo (en el caso de los bebés el pinchazo será en el talón del pie). Y, si son positivos y tiene 5 o más años de edad, la posibilidad de realizar una prueba de confirmación en el laboratorio.

El médico de familia o pediatra del paciente puede aprovechar la extracción para otras determinaciones que considere oportunas.

Todo se hará en una cita que le damos en ese momento en el CS o consultorio local o en domicilio para pacientes inmovilizados o en circunstancias especiales. Si no se puede contactar o no desea participar, se anota en el estadillo de la muestra y finaliza el estudio.

Si desea participar se concierta la cita, se informa que para realizar estas pruebas NO necesita estar en ayunas y que, si necesita aclarar algún aspecto, puede contactar con la enfermera (dar el nombre y el teléfono). También encontrará información sobre el estudio en la página web de la Consejería de Sanidad.

4.2 Estudio en el CS, Consultorio local o domicilio

A. Enfermeras de medicina de familia (estudio de adultos de 15 y más años de edad)

Se informará de nuevo del estudio y se recogerá el consentimiento informado (anexo 3) de los adultos o de los padres/responsables legales de los menores de 16 años o incapacitados legalmente.

- 1) Recogida de una copia de consentimiento firmado y colocación de etiqueta de código de barras.
- 2) Colocación de etiqueta en el cuestionario personalizado si está impreso.
- 3) Colocación etiqueta en tubo de muestra.
- 4) Realizar venopunción.
- 5) Complimentar el cuestionario personalizado.

Se adoptarán las medidas de protección necesarias para realizar la consulta y extracción, con equipo de protección adecuado y entrega de mascarilla al participante.

Si es posible, se puede complimentar telefónicamente el cuestionario en el momento del contacto y concertar la cita para la extracción, según la programación del Centro o Consultorio, y firma del consentimiento informado.

Para la extracción y remisión de muestras se deben seguir estas indicaciones:

- 1) Tener preparadas las etiquetas.
- 2) Rotular en la etiqueta de identificación del tubo de la muestra el nombre y apellidos, Muestra de Salud Pública y, si es posible, número de historia clínica o fecha de nacimiento.
- 3) Refrigerar la muestra, hasta que llegue el personal de la gerencia para el traslado de la muestra.



- 4) Comprobar que la muestra es entregada al personal de la gerencia para su transporte. Comprobar que el volante de remisión al laboratorio lleva en observaciones que es una MUESTRA DE SALUD PÚBLICA- SEROLOGÍA COVID-19 -RED CENTINELA (rotular la frase con un marcador para resaltarla).

Si no es la propia enfermera participante en el estudio quien realice la extracción, porque ese día no le toque hacer extracciones por motivos organizativos del centro de salud, deberá encargarse de:

- 1) Tener preparadas las etiquetas y señalar en el listado del día que es un paciente de MUESTRA DE SALUD PÚBLICA-SEROLOGÍA COVID-19-RED CENTINELA. Para que la compañera que realice la extracción lo tenga presente.
- 2) Comprobar que se ha extraído la muestra, rotular en la etiqueta de identificación del tubo de la muestra rotular en la pegatina de identificación del tubo de la muestra el nombre y apellidos, Muestra de Salud Pública y, si es posible, número de historia clínica o fecha de nacimiento.
- 3) Comprobar que el volante de remisión al laboratorio lleva en observaciones que es una MUESTRA DE SALUD PÚBLICA- SEROLOGÍA COVID-19 -RED CENTINELA (rotular la frase con un marcador para resaltarla).
- 4) Por último se enviarán las muestras al laboratorio de área.

Nota 1: si se encontrara ese día ausente, deberá informar al médico centinela (Red Gripe) en su centro de salud, para que realice los pasos anteriores. En su defecto deberá informar a todas las compañeras que realicen la extracción, del estudio que está haciendo, para que realicen los pasos anteriores.

Nota 2: Se procurará realizar citaciones de varios participantes el mismo día, con el fin de optimizar el tiempo y el transporte.

Los cuestionarios cumplimentados de manera electrónica y el estadillo se remitirán a pvig@jcy.l.es. Si se remiten por correo o valija a los Servicios Territoriales de Sanidad **se debe hacer una copia por si hay algún problema en los envíos.**

No es necesario enviar al consentimiento firmado. Se archivará y custodiará por la enfermera centinela.

El resultado se enviará en unas semanas a la enfermera y médico de familia para que se lo comunique al paciente.

B. Enfermeras de pediatría (estudio de niños y adolescentes menores de 15 años)

Se informará de nuevo del estudio y se recogerá el consentimiento informado (anexo 3) de los padres/responsables legales de los menores.

- 1) Recogida de una copia de consentimiento firmado y colocación de etiqueta de código de barras.



- 2) Colocación de etiqueta en el cuestionario si está impreso.
- 3) Digitopunción/punción en el talón:
- 4) Masaje dedo/talón (bebés \leq 6 meses)
- 5) Desinfección
 - a. Punción con lanceta
 - b. Absorción sangre con micropipeta
- 6) Ejecución test rápido de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- 7) Lectura y registro resultado test. Si resultado inválido, repetir test.
- 8) Cumplimentar el cuestionario del anexo 2.
- 9) Información resultado positivo/negativo de Ac IgG y dejar constancia en la Historia Clínica y en el cuestionario del anexo 2. Anotar en observaciones el resultado de la IgM u otras incidencias si procede.
- 10) Si es positivo y el menor tiene 5 o más años de edad, ofrecer una confirmación con extracción de muestra de sangre y proceder como las enfermeras de medicina de familia.

Se adoptarán las medidas de protección necesarias para realizar la consulta y extracción, con equipo de protección adecuado y entrega de mascarilla al participante.

Si es posible, se puede cumplimentar telefónicamente el cuestionario en el momento del contacto y concertar la cita para rápido, según la programación del Centro o Consultorio, y firma del consentimiento informado.

Los cuestionarios cumplimentados de manera electrónica y el estadillo se remitirán a pvig@jcy.l.es. Si se remiten por correo o valija a los Servicios Territoriales de Sanidad **se debe hacer una copia por si hay algún problema en los envíos.**

No es necesario enviar al consentimiento firmado. Se archivará y custodiará por la enfermera centinela.

El resultado del ELISA se enviará en unas semanas a la enfermera y médico de familia para que se lo comunique al paciente.

4.2.1 Material

Se utilizarán los equipos de que disponga el Centro de Salud para la toma de muestras (guantes, mascarillas, material de extracción, y de residuos, o se solicitarán en caso necesario a la Gerencia de Atención Primaria.

4.3 Procedimientos a realizar en el laboratorio de área

Con las muestras recibidas:

Extraer el suero e identificar y almacenar la muestra con destino al Centro Nacional de Gripe para hacer el ELISA. Las muestras deberán estar almacenadas en un congelador a -20°C .



Se informará oportunamente del procedimiento de remisión de las muestras desde el laboratorio de área al Centro Nacional de Gripe.

La comunicación del resultado ELISA a los pacientes, médicos y enfermeras, y a los laboratorios de área se hará una vez obtenidos los resultados.



Anexo 1. Enfermeras participantes y médicos de los pacientes de la muestra.

PROVINCIA	ENFERMERA CENTINELA	MÉDICO DEL PACIENTE
AVILA	C. YOLANDA HERNANDEZ GUTIERREZ	MARIA DEL MAR VARAS REVIEJO
	JIMENEZ AURELIA DEL POZO	PATRICIA GONZALEZ ILDEFONSO
	MANUEL MAXIMO VELAYOS ARANDA	ROSARIO HORTIGÜELA YUSTE
BURGOS	ROSA ANA ANGULO IZQUIERDO	CARMEN CABALLERO ABAD
	M ^o CONCEPCION ARNAIZ VESGA	FÉLIX PINEDO TAJADURA
	IRENE PEÑA PEÑA	JESUS RUPEREZ DIEZ
	ANA RUTH DE CASTRO GONZALEZ LOPEZ	J. IGNACIO CUÑADO MARTINEZ
	M ^a MAR ALVAREZ HERRERA	PABLO PUENTE ROQUE
LEON	ENCARNACION DE MIGUEL MARCO	ROSARIO MARIA GUERRERO
	M ^a JESUS SANZ DOMINGO	AMAYA SANTAMARTA LUENGOS
	JOSEFINA GARCIA FIDALGO	CARMEN CABALLERO RUEDA
	OSVAL CORRAL VAZQUEZ	F. JAVIER MENCIA BARTOLOME
	BEGOÑA DUARTE FLECHA	JUAN CARLOS REDONDO ALONSO
	MARIA ISABEL RIESCO GOMEZ	SUSANA MARÍA DURAN PEREZ
PALENCIA	RAQUEL GARCIA CANO	CARLOS FLORES FARRAN
	C. DOLORES NAVARRO ROLDAN	J. MIGUEL GONZALEZ RODRIGUEZ
	AROA QUIRCE ANTON	JOSE DONIS DOMEQUE
	ANTONIA SANTOS BARTOLOME	MARIA DEL VALLE ALAIZ POZA
	M. CLARA CANTERA FOMBELLIDA	MARIA ISABEL CARPINTERO MARTIN
	M ^a ESTHER RODRIGUEZ CAMPO	MARIA LUZ HERMOSO ELICES
	M. CLARA CANTERA FOMBELLIDA	MARTA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ
SALAMANCA	M ^a GLORIA SANCHEZ SANCHEZ	ALFONSO SANCHEZ ESCUDERO
	PURIFICACION MUÑOZ MENDEZ	ANTONIO CURTO GARCIA
	CLOTILDE GARCIA CALLE	ANTONIO HERNANDEZ IGLESIAS
	REGINA RODRIGUEZ SANCHEZ	DOLORES PLAZA MARTIN
	INES PILAR GONZALEZ MARTIN	M ^a LUISA MORO MATEOS
SEGOVIA	MIRIAM SANZ CRISTOBAL	DOLORES PIÑUELA DE LA CALLE
	SILVIA AVILA BIZARRO	INMACULADA VILLAMAÑAN DE LA CAL
	JAVIER ARNAO RODRIGUEZ	JOSE LUIS ALCALDE SAN MIGUEL
	ARRIBAS CARMEN DE BLAS*	M ^a PILAR COCHO GOMEZ
	MERCEDES HERRANZ ROSA	SOLEDAD FRAGUA GIL
SORIA	CARMEN JIMENEZ CINTORA	ANGEL CESAR GALLEGO JIMENEZ
	YOLANDA RAQUEL LAPEÑA MOÑUX	MARIA ELISA PERLADO DEL CAMPO
	M ^o ESPERANZA MARTINEZ GARCIA*	MILAGROS MARTINEZ RUIZ
VALLADOLID	ESTHER HERNANDO SANCHEZ	AGUSTIN GARCIA RUANO
	ESTEFANIA COVACHO GONZALEZ	ANA MARIA BARBERO RODRIGUEZ
	PATRICIA GUERRERO SANCHEZ	ANA MARIA SACRISTAN MARTIN
	H. FERNANDA RODRIGUEZ UGIDOS	FLAVIA FERNANDES FERREIRA



	M. TERESA AUSIN PEREZ	JUAN ANTONIO SANZ GARCIA
	PAULA MACIAS CAMPOS	JULIO ORDAX SAN JOSE
	MARIA JESUS MOLINA AZORIN	ROSA AURORA SAN JUAN RODRIGUEZ
	ANA ISABEL FLOREZ CATON	SARA ANIBARRO PEREZ
ZAMORA	MARIA LUISA IGLESIAS ROJAS	JOSE MANUEL GARCIA DOMINGUEZ
	PIEDAD MATELLAN CARRO	MARGARITA FERNANDEZ DE LA FUENTE
	TOMAS CASTAÑO PAZ	MARIA INMACULADA ALONSO
	ANA ISABEL ROMERO LUIS	SANCHEZ
	JUAN CARLOS HERNANDEZ ZAPATA	MARÍA MERCED MIGUÉLEZ VARA
		ROSA MARIA DIAZ DEL POZO

* *Enfermeras pendientes de confirmación*



Anexo 2/a. Encuesta epidemiológica individual/adultos

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>		<p>Estudio del Covid-19 y otras infecciones respiratorias agudas Encuesta epidemiológica/adultos Red Centinela Sanitaria de Castilla y León</p>			
CIAS <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Fecha de cumplimentación <input type="text"/>					
Número de registro <input type="text"/> Nombre del paciente <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Participa <input type="checkbox"/> No participa Observaciones: <input type="text"/>					
Proceso de Infección respiratoria aguda en: <input type="text"/> Recuerda Ud. La consulta por una: <input type="text"/>					
Qué recuerda de esa enfermedad:		<input type="checkbox"/> Se recuperó sin problemas después de la consulta con su médico <input type="checkbox"/> Tuvo alguna complicación posterior <input type="checkbox"/> Tuvo que acudir a urgencias <input type="checkbox"/> Tuvo que ingresar en un hospital			
<p>Presencia de cuadro diagnóstico compatible con COVID-19</p>					
¿Le han hecho alguna vez la prueba para ver si estaba infectado por el coronavirus, cogiendo una muestra de la garganta o la nariz?		<input type="checkbox"/> No me la han hecho nunca <input type="checkbox"/> Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue negativa <input type="checkbox"/> Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue positiva <input type="checkbox"/> Sí, me la han hecho por otro motivo no relacionado con esa enfermedad y fue positiva			
<p>En los últimos meses después de la enfermedad por la que le hemos llamado ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?</p>					
<i>Fiebre</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Escalofríos</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Cansancio intenso</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolor garganta</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Tos</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sensación falta de aire al respirar</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolor de cabeza</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Náuseas y/o vómitos y/o Diarrea</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pérdida súbita de sentido del olfato o gusto:</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fecha inicio de los síntomas:</i>		<input type="text"/>			
<i>¿Seguía sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Antecedentes de otras enfermedades de riesgo	
¿Padece usted diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna enfermedad pulmonar crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le han diagnosticado a usted de algún cáncer en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna otra enfermedad crónica o grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted fumador o ha sido fumador (más de 1 cigarrillo/día) en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?	<input type="text"/> cm
¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?	<input type="text"/> kg

Contacto con casos en el momento de la enfermedad	
¿Estuvo en contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Con nadie (que yo sepa) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Familiar o amigo/a que no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc <input type="checkbox"/> Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)
¿Estuvo en contacto con alguna persona con síntomas gripales?	<input type="checkbox"/> Con nadie (que yo sepa) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Familiar o amigo/a que no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc <input type="checkbox"/> Con cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)

Posibles exposiciones en el ámbito laboral para trabajadores en activo en el momento de la enfermedad	
Estaba como trabajador en activo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Trabajaba usted en alguno de estos sectores?	<input type="checkbox"/> Trabajador/a en comercio <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Cuerpos y fuerzas de seguridad, bombero, protección civil <input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> Sanitario con atención clínica a pacientes <input type="checkbox"/> Otro personal de centros sanitarios o sociosanitarios <input type="checkbox"/> Cuidador de persona dependiente a domicilio <input type="checkbox"/> Otros sectores presenciales durante la pandemia

Instrucciones

- Abra el formulario con *Adobe Reader*.
- Rellene el formulario, no olvide la identificación su identificación (CIAS) y la del paciente.
- Cuando termine de rellenarlo:
 - Archivo/Guardar como
 - El nombre del archivo ponga el número de registro del paciente.
 - Envíe el fichero guardado por correo electrónico a pvig@jcy.es



Anexo 2/b. Encuesta epidemiológica individual/niños

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>		<p>Estudio del Covid-19 y otras infecciones respiratorias agudas Encuesta epidemiológica/niños Red Centinela Sanitaria de Castilla y León</p>			
CIAS <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Fecha de cumplimentación <input type="text"/>					
Número de registro <input type="text"/> Nombre del paciente <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Participa <input type="checkbox"/> No participa Observaciones: <input type="text"/>					
Proceso de Infección respiratoria aguda en: <input type="text"/> Recuerda Ud. La consulta por una: <input type="text"/>					
Qué recuerda de esa enfermedad:		<input type="checkbox"/> Se recuperó sin problemas después de la consulta con su médico <input type="checkbox"/> Tuvo alguna complicación posterior <input type="checkbox"/> Tuvo que acudir a urgencias <input type="checkbox"/> Tuvo que ingresar en un hospital			
Presencia de cuadro diagnóstico compatible con COVID-19					
¿Le han hecho alguna vez la prueba para ver si estaba infectado por el coronavirus, cogiendo una muestra de la garganta o la nariz?		<input type="checkbox"/> No me la han hecho nunca <input type="checkbox"/> Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue negativa <input type="checkbox"/> Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue positiva <input type="checkbox"/> Sí, me la han hecho por otro motivo no relacionado con esa enfermedad y fue positiva			
En los últimos meses después de la enfermedad por la que le hemos llamado ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?					
<i>Fiebre</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Escalofríos</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Cansancio intenso</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Dolor garganta</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Tos</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Sensación falta de aire al respirar</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Dolor de cabeza</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Náuseas y/o vómitos y/o Diarrea</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Pérdida súbita de sentido del olfato o gusto:</i>		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>Fecha inicio de los síntomas:</i>		<input type="text"/>			
¿Seguía sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas?		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	



Antecedentes de otras enfermedades de riesgo	
¿Padece usted diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna enfermedad pulmonar crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le han diagnosticado a usted de algún cáncer en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Padece usted alguna otra enfermedad crónica o grave?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted fumador o ha sido fumador (más de 1 cigarrillo/día) en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?	<input type="text"/> cm
¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?	<input type="text"/> kg

Contacto con casos en el momento de la enfermedad	
¿Estuvo en contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Con nadie (que yo sepa) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Familiar o amigo/a que no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc <input type="checkbox"/> Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)
¿Estuvo en contacto con alguna persona con síntomas gripales?	<input type="checkbox"/> Con nadie (que yo sepa) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Familiar o amigo/a que no vive en el hogar <input type="checkbox"/> Compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc <input type="checkbox"/> Con cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)

Test rápido de anticuerpos frente al SARS-Cov-2	
Marca del test rápido utilizado	<input type="text"/>
Resultado del test	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Otras observaciones acerca del test	<input type="text"/>

Instrucciones

- Abra el formulario con *Adobe Reader*.
- Rellene el formulario, no olvide la identificación su identificación (CIAS) y la del paciente.
- Cuando termine de rellenarlo:
 - Archivo/Guardar como
 - El nombre del archivo ponga el número de registro del paciente.
 - Envíe el fichero guardado por correo electrónico a pvig@jcy.es



Anexo 3/a. Consentimiento informado/adultos



Consentimiento informado para la extracción de una muestra de suero con destino al Estudio del COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas

Con representante si son menores de 16 o mayores incapacitados para comprender el CI

Etiqueta o nombre del participante: _____

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León está realizando un estudio retrospectivo para conocer si las infecciones respiratorias agudas registradas en los últimos meses tienen relación con el coronavirus responsable de la COVID-19. Este estudio será determinante para:

1. Conocer el porcentaje de COVID-19 entre los pacientes con una infección respiratoria aguda desde finales de febrero de 2020 en la población cubierta por la Red Centinela.
2. Calcular la incidencia semanal de Covid-19 entre febrero y junio de 2020 en Castilla y León.

Para ello, se seleccionan voluntarios entre aquellas personas que han pasado una infección respiratoria aguda en las que se determinará la presencia de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2

Si usted está de acuerdo en participar (o en que participe el paciente que representa), su enfermera le hará algunas preguntas relacionadas con esta enfermedad o con el estado de salud. Además, se obtendrá una muestra de sangre (venopunción) que se analizará en un laboratorio de Castilla y León, para medir anticuerpos mediante técnicas de laboratorio que podrían detectar con precisión la existencia de anticuerpos. Si sobra parte de esta muestra, le pedimos también permiso para almacenarla en el laboratorio del Centro Nacional de Gripe de Valladolid, cuyo responsable es el Dr. José María Eiros. Esta muestra no se usará para otro motivo ni por otros investigadores ajenos sin pedirle permiso de nuevo.

Los análisis de sangre, que requerirán su consentimiento voluntario y que será realizado por personal sanitario en el Centro de Salud, Consultorio Local o su residencia, no conllevan ningún tipo de riesgo ni incomodidad para Ud. (o para el paciente que representa), salvo la toma de la muestra (dolor durante el procedimiento de extracción, pequeña pérdida de sangre y posible aparición de hematoma en el lugar de la punción).

Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la intimidad y confidencialidad de todos los datos personales que se obtengan para la realización de este estudio, sometiéndose al régimen de protección se tratarán de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, a la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica y demás normas reglamentarias que las desarrollan.

Usted podrá solicitar y obtener gratuitamente información sobre los datos de carácter personal sometidos a tratamiento, mediante petición o solicitud dirigida a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, formulada por cualquier medio que garantice su identificación y el fichero a consultar. Del mismo modo podrá solicitar la rectificación o cancelación de datos cuando estos fueran inexactos, incompletos, inadecuados o excesivos.

He leído la hoja informativa de la encuesta, o un encuestador o un miembro de mi familia me la ha leído y he comprendido para qué es la encuesta y en qué consiste mi participación (o la de mi representado), así como los riesgos y beneficios de la misma. He podido preguntar cualquier duda y me las han respondido de manera satisfactoria. Acepto participar (o que participe mi representado) en esta encuesta de manera voluntaria. Entiendo también que la sangre podría ser almacenada por algún tiempo para análisis



complementarios en el laboratorio del Centro Nacional de Gripe u otros con un nuevo consentimiento explícito.	
• Acepto participar (o que participe mi representado) en el estudio serológico contestando la encuesta epidemiológica y acepto que se obtenga una muestra de sangre para medir anticuerpos. Además, he comprendido la información sobre el uso de los datos personales y consiento	_ SI _ NO
• Estoy de acuerdo con que parte de esa sangre, si sobra, se almacene en una colección de muestras para estudios relacionados con la COVID-19. (Si no consiento, será destruida una vez finalizado el estudio).	_ SÍ _ NO
• Autorizo que me contacten de nuevo para pedirme permiso si otros investigadores u otras líneas de investigación quisieran usar las muestras	_ SÍ _ NO

Participante
NOMBRE Y APELLIDOS

Persona que ha informado sobre el estudio
NOMBRE Y APELLIDOS

DNI _____
FIRMA

DNI _____
FIRMA

O Persona que otorga el consentimiento informado
NOMBRE Y APELLIDOS

DNI _____
FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 2020

Entregar una copia al paciente y guardar otra copia en la Historia Clínica.



Anexo 3/b. Consentimiento informado/ niños



Consentimiento informado para la extracción de una muestra de suero con destino al Estudio del COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas

Con representante siempre

Etiqueta o nombre del participante: _____

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León está realizando un estudio retrospectivo para conocer si las infecciones respiratorias agudas registradas en los últimos meses tienen relación con el coronavirus responsable de la COVID-19. Este estudio será determinante para:

1. Conocer el porcentaje de COVID-19 entre los pacientes con una infección respiratoria aguda desde finales de febrero de 2020 en la población cubierta por la Red Centinela.
2. Calcular la incidencia semanal de Covid-19 entre febrero y junio de 2020 en Castilla y León.

Para ello, se seleccionan voluntarios entre aquellas personas que han pasado una infección respiratoria aguda en las que se determinará la presencia de anticuerpos IgG frente al SARS-CoV-2

Si usted está de acuerdo en participar (o en que participe el paciente que representa), su enfermera le hará algunas preguntas relacionadas con esta enfermedad o con el estado de salud. Además, la enfermera hará un pequeño pinchazo en el dedo para conseguir unas gotas de sangre. Con esta sangre haremos un test para ver si has estado en contacto con el coronavirus; durará muy poco tiempo. Además, si es positivo, tiene 5 o más años de edad y consiente, se obtendrá una muestra de sangre (venopunción) que se analizará en un laboratorio de Castilla y León, para su confirmación mediante técnicas de laboratorio que podrían detectar con precisión la existencia de anticuerpos. Si sobra parte de esta muestra, le pedimos también permiso para almacenarla en el laboratorio del Centro Nacional de Gripe de Valladolid, cuyo responsable es el Dr. José María Eiros. Esta muestra no se usará para otro motivo ni por otros investigadores ajenos sin pedirle permiso de nuevo.

Los análisis de sangre, que requerirán su consentimiento voluntario y que será realizado por personal sanitario en el Centro de Salud, Consultorio Local o su residencia, no conllevan ningún tipo de riesgo ni incomodidad para Ud. (o para el paciente que representa), salvo la toma de la muestra de sangre si quiere confirmar el resultado positivo (dolor durante el procedimiento de extracción, pequeña pérdida de sangre y posible aparición de hematoma en el lugar de la punción).

Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la intimidad y confidencialidad de todos los datos personales que se obtengan para la realización de este estudio, sometiéndose al régimen de protección se tratarán de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, a la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica y demás normas reglamentarias que las desarrollan.

Usted podrá solicitar y obtener gratuitamente información sobre los datos de carácter personal sometidos a tratamiento, mediante petición o solicitud dirigida a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, formulada por cualquier medio que garantice su identificación y el fichero a consultar. Del mismo modo podrá solicitar la rectificación o cancelación de datos cuando estos fueran inexactos, incompletos, inadecuados o excesivos.

He leído la hoja informativa de la encuesta, o un encuestador o un miembro de mi familia me la ha leído y he comprendido para qué es la encuesta y en qué consiste mi participación (o la de mi representado), así como los riesgos y beneficios de la misma. He podido preguntar cualquier duda y me las han respondido

Centro Coordinador de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Servicio de Información de Salud Pública. Paseo de Zorrilla, 1. 47071. Valladolid – 983413600; 806358/806360/806415
<http://www.salud.jcyl.es/centinelas - redcentinela@jcyl.es>



de manera satisfactoria. Acepto participar (o que participe mi representado) en esta encuesta de manera voluntaria. Entiendo también que la sangre podría ser almacenada por algún tiempo para análisis complementarios en el laboratorio del Centro Nacional de Gripe u otros con un nuevo consentimiento explícito.	
• Acepto participar (o que participe mi representado) en el estudio serológico contestando la encuesta epidemiológica y acepto que se realice el test rápido. Además, he comprendido la información sobre el uso de los datos personales y consiento	_ SI _ NO
• Si el resultado del test rápido es positivo, acepto que se obtenga una muestra de sangre para medir anticuerpos (solo a niños de 5 o más años de edad)	_ SI _ NO
• Estoy de acuerdo con que parte de esa sangre, si sobra, se almacene en una colección de muestras para estudios relacionados con la COVID-19. (Si no consiento, será destruida una vez finalizado el estudio).	_ SÍ _ NO
• Autorizo que me contacten de nuevo para pedirme permiso si otros investigadores u otras líneas de investigación quisieran usar las muestras	_ SÍ _ NO

Persona que otorga el consentimiento informado
NOMBRE Y APELLIDOS

Persona que ha informado sobre el estudio
NOMBRE Y APELLIDOS

DNI _____
FIRMA

DNI _____
FIRMA

En _____, a _____ de _____ de 2020

Entregar una copia al paciente y guardar otra copia en la Historia Clínica.