

Estudio HEROS

(Epidemiología humana y respuesta a SARS-CoV-2)

[Human Epidemiology and Response to SARS-CoV-2]

Cuestionario de inscripción inicial

Los investigadores están interesados en obtener información sobre el impacto del nuevo coronavirus en las familias de los EE. UU. El nuevo coronavirus, a veces, se denomina SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se llama la COVID-19. En la siguiente encuesta, se le pregunta sobre el bienestar general, los hábitos cotidianos, los antecedentes médicos y la vida en el hogar de usted y sus familiares que participan. Los investigadores usarán esta información para obtener más información sobre los riesgos y el impacto del coronavirus, y de qué manera difieren estos entre las familias de los EE. UU.

Para comenzar, le haremos algunas preguntas sobre la exposición de su familia al coronavirus.

(Fuentes: [estudio holandés sobre la COVID](#) y [cuestionario sobre SARS de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \[Centers for Disease Control and Prevention, CDC\] \[P1f\]](#))

1. ¿Le ha dicho un médico que usted o alguno de sus familiares puede tener coronavirus, SARS-CoV-2 o COVID-19? Sí (especifique cuántos miembros de la familia participantes y sus nombres)/No
1 = sí 1a. ¿Sabe cómo [NOMBRE] contrajo coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí (especifique)/No
1 = sí 1b. ¿Fue [NOMBRE] hospitalizado debido al coronavirus (o el SARS-CoV-2 o la COVID-19)? Sí/No
1b = sí 1b1. Mientras estuvo en el hospital,... Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - i. ¿Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos?
 - ii. ¿Se le colocó un respirador (una máquina que introduce aire en los pulmones y lo saca de este)?
 - iii. ¿Se le administró oxígeno suplementario (una mascarilla o tubos en la nariz que le suministran aire adicional para respirar)?
 - iv. ¿Se le administraron antibióticos u otro tratamiento? (Si se selecciona, especifique)*1 = no* 1c. ¿Considera que usted o algún familiar ha tenido coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19) que no fue diagnosticado por un médico? Sí/No
1 = no 1d A su criterio, ¿cuántas probabilidades cree que tiene usted o algún familiar de contraer coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Si no está seguro, simplemente déjese guiar por la intuición.
 - a. Muy probable
 - b. Probable
 - c. No muy probable
 - d. Nada probable
2. ¿Usted o algún familiar ha estado en contacto con alguien que obtuvo un resultado positivo para coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí/No

Sentimientos y preocupaciones sobre el brote epidémico de coronavirus

Ahora le haremos algunas preguntas sobre el brote epidémico de coronavirus en los EE. UU. y cómo está afectando la vida cotidiana de su familia en este momento.

(Fuente: [estudio holandés sobre la COVID](#), revisado y encuesta sobre el distanciamiento social del estado de Michigan [de Chris Johnson] [P16])

3. ¿Con qué frecuencia se preocupa porque usted o algún familiar se enferme debido al coronavirus (el SARS-CoV-2, la COVID-19)?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Con frecuencia (varias veces al día)
 - e. Siempre o casi siempre (todos los días durante gran parte del día)
4. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su familia presente problemas económicos serios **debido al coronavirus** (el SARS-CoV-2, la COVID-19)?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Con frecuencia (varias veces al día)
 - e. Siempre o casi siempre (todos los días durante gran parte del día)
5. ¿Con qué frecuencia le preocupa que transcurra mucho tiempo antes de que la vida de su familia se normalice **debido al coronavirus** (el SARS-CoV-2, la COVID-19)?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Con frecuencia (varias veces al día)
 - e. Siempre o casi siempre (todos los días durante gran parte del día)
6. ¿Qué precauciones están tomando usted y su familia para prevenir la propagación del coronavirus? Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - a. Lavado de manos o uso de solución antiséptica/desinfectante (p. ej., Purell) con frecuencia
 - b. Mantenimiento de la distancia social con respecto a terceros (que no son las personas con quienes vivimos)
 - c. Tapado de la nariz y la boca en público (con mascarillas profesionales, mascarillas caseras, bufandas, etc.)
 - d. Evitar del uso de transporte público (autobuses, trenes, metro)
 - e. Evitar de salir del hogar en general, excepto por motivos importantes (p. ej., asistencia al trabajo, obtención de provisiones o medicamentos)
 - f. Trabajo desde casa
 - g. Ante un familiar enfermo, aseguramiento de que esa persona permanezca en una habitación sola (aislamiento)

- h. Entrega de provisiones en casa o recogida de estas fuera de la tienda en lugar de hacer las compras en el interior de la tienda
 - i. Entrega de medicamentos en casa en lugar de ir a la farmacia (p. ej., tienda de medicamentos)
 - j. Retraso/evitar la atención preventiva de rutina o los controles del niño sano
 - k. Otra (especifique)
7. ¿De dónde ha estado obteniendo su familia información y asesoramiento sobre el coronavirus (SARS-CoV-2, COVID-19) desde que comenzó el brote epidémico? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- a. Medios de comunicación (periódico, televisión, radio, internet)
 - b. Autoridades sanitarias (p. ej., CDC, médico, OMS)
 - c. Redes sociales (p. ej., Facebook, Twitter, Instagram)
 - d. Familiares y amigos
 - e. Otro (especifique)

Antecedentes médicos

Ahora le preguntamos sobre las afecciones médicas que un médico o proveedor de atención médica le ha diagnosticado a usted o a un familiar. Le preguntaremos acerca de cada miembro de su familia que participe.

(Fuente para las afecciones: [All of Us](#) + bibliografía reciente sobre la COVID; fuente para las mediciones físicas: Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES); fuente para alcoholismo: [All of Us](#) + AUDIT-C; tabaquismo: [All of Us](#) + informe del estado de tabaquismo de los CDC)

8. ¿Le ha informado alguna vez un médico o proveedor de atención médica a [**Nombre**] que padece de...? Seleccione todas las opciones que correspondan.
- a. Alergias (fiebre del heno, rinitis alérgica)
 - b. Alergias a los alimentos
 - c. Asma
 - d. Enfermedades autoinmunitarias como el lupus
 - e. Cáncer
 - f. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 - g. Insuficiencia cardíaca congestiva
 - h. Arteriopatía coronaria o cardiopatía coronaria
 - i. Fibrosis quística
 - j. Enfisema
 - k. Eccema (dermatitis atópica)
 - l. Ataque al corazón
 - m. Colesterol alto
 - n. Hipertensión o presión arterial alta
 - o. Gripe

- p. Vasculopatía periférica
- q. Neumonía o bronconeumonía
- r. Apnea del sueño
- s. Diabetes tipo I
- t. Diabetes tipo II
- u. Otro [texto]
- v. Ninguno de estos

9. ¿Ha estado [NOMBRE] alguna vez embarazada? Sí/No

o Si 15 = sí 15a. ¿Está actualmente embarazada? Sí/No

● Si 15a = sí 15ab. ¿Cuán avanzado está el embarazo (en meses)? ____

10. ¿Cuánto pesa sin ropa ni calzado? (Si actualmente está embarazada, ¿cuánto pesaba antes del embarazo?) ____lb

11. ¿Cuál es su estatura sin calzado? ____ft ____in

12. ¿Con qué frecuencia bebió [NOMBRE] una bebida con alcohol en el último año? *Mostrar la P12 para cada familiar que participe que tenga 21 años o más mediante el uso de los campos de FDN del formulario de registro.*

- i. Nunca
- ii. Mensualmente o menos
- iii. De dos a cuatro veces al mes
- iv. De dos a tres veces por semana
- v. Cuatro veces por semana o más
- vi. Prefiere no responder

13. ¿Fuma [NOMBRE] actualmente cigarrillos o cigarros a diario, menos de una vez al día o ninguno en absoluto? *Mostrar la P13 para cada familiar que participe que tenga 16 años o más mediante el uso de los campos de nombre y FDN del formulario de registro.*

- a. A diario
- b. Menos de una vez al día
- c. Ninguno en absoluto
- d. Prefiere no responder

14. ¿Usa [NOMBRE] actualmente productos electrónicos de nicotina a diario, menos de una vez al día o ninguno en absoluto? Los productos electrónicos de nicotina incluyen cigarrillos electrónicos, vapeadores, plumas de narguile, vaporizadores y módulos personales, cigarros electrónicos, pipas electrónicas y narguiles electrónicos. *Mostrar la P14 para cada familiar que participe que tenga 16 años o más mediante el uso de los campos de nombre y FDN del formulario de registro.*

- a. A diario
- b. Menos de una vez al día
- c. Ninguno en absoluto
- d. Prefiere no responder

Medicamentos

Ahora, le preguntaremos acerca de los medicamentos que usted o sus familiares están tomando actualmente. Puede ser útil si tiene los medicamentos o una lista de los medicamentos de su familia al frente mientras responde estas preguntas. Le preguntaremos acerca de cada miembro de su familia que participe.

(Fuente: prototipo de [All of Us](#) + bibliografía reciente sobre la COVID; lista de medicamentos para el asma: el personal del estudio proporcionó la tabla de equivalencia en las dosis)

15. ¿Está [**NOMBRE**] **actualmente** recibiendo alguno de los siguientes medicamentos? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- a. Medicamentos para la alergia (p. ej., Zyrtec [cetirizina], Allegra [fexofenadina], Xyzal [levocetirizina], Alavert [loratadina], Claritin [loratadina], Singulair [montelukast])
 - i. Si 15 = a, 15a Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.
 1. Dexclorfeniramina
 2. Dimenhidrinato (PediaCare Children's Allergy)
 3. Difenhidramina (Alka-Seltzer Plus Allergy, Benadryl Allergy, Children's Benadryl Allergy)
 4. Cetirizina (Zyrtec Allergy, Zyrtec Allergy para niños, PediaCare Children's 24 Hour Allergy)
 5. Desloratadina (Clarinx, Clarinx RediTabs)
 6. Fexofenadina (Allegra Allergy 12 Hour, Allegra Allergy 24 Hour, Children's Allegra Allergy)
 7. Levocetirizina (Xyzal)
 8. Loratadina (Alavert, Claritin, Children's Claritin, Claritin RediTabs)
 9. Montelukast
 10. Otra
- b. Medicamentos para la alergia con esteroides nasales (p. ej., Flonase [fluticasona], Nasacort [triamcinolona], Rhinocort [budesonida])
 - i. Si 16 = b, 16b Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.
 1. Beclometasona (Beconase AQ o QNasl)
 2. Budesonida (Rhinocort)
 3. Ciclesonida (Omnaris o Zetonna)
 4. Flunisolida (Nasarel)
 5. Fluticasona (ClariSpray, Dymista [fluticasona/azelastina], Flonase/Flonase Sensimist o Veramyst)
 6. Mometasona (Nasonex)
 7. Triamcinolona (Nasacort)
 8. Otro
- c. Antibióticos (p. ej., medicamentos para la infección bacteriana como amoxicilina, doxiciclina, metronidazol)
- d. Antivirales (p. ej., medicamentos para la gripe, la hepatitis o el herpes, como Tamiflu, Relenza)
- e. Medicamentos para el asma (p. ej., inhaladores con esteroides como Pulmicort Flexhaler, Asmanex)
 - i. Si 16 = e, 16c Seleccione el (los) medicamento(s) que recibe.
 1. Advair Diskus

- a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100/50 (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 100/50 (1 descarga una vez al día)
 - iii. 250/50 (1 descarga dos veces al día)
 - iv. 500/50 (1 descarga una vez al día)
 - v. Otra
2. Advair HFA
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 115/21 (2 descargas dos veces al día)
 - ii. 230/21 (1 descarga una vez al día)
 - iii. 230/21 (2 descargas dos veces al día)
 - iv. 45/21 (1 descarga dos veces al día)
 - v. 45/21 (2 descargas dos veces al día)
 - vi. Otra
3. Aerospan
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 80 mcg/inh (4 descargas dos veces al día)
 - ii. 160 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iii. 160 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - iv. Otra
4. Aerospan
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 160 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
 - ii. 80 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iii. 80 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
 - iv. Otra
5. AirDuo Respiclick
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 113/14 (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 232/14 (1 descarga dos veces al día)
 - iii. Otra
6. Alvesco
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 160 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 160 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - iii. 80 mcg/inh (1 descarga dos veces al día o 2 descargas una vez al día)
 - iv. 80 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - v. 80 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
 - vi. Otra
7. ArmonAir Respiclick
 - a. Seleccione la dosis recetada.

- i. 232 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 113 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iii. 55 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iv. Otra
- 8. Arnuity Elíptica
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - ii. 200 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - iii. Otra
- 9. Asmanex
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 110 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - ii. 220 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iii. Otra
- 10. Asmanex HFA
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100 mcg (1 descarga una vez al día)
 - ii. 100 mcg (2 descargas dos veces al día)
 - iii. 200 mcg (1 descarga dos veces al día)
 - iv. 200 mcg (2 descargas una vez al día)
 - v. Otra
- 11. Breo Elíptica
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100/25 (1 descarga una vez al día)
 - ii. 200/25 (1 descarga una vez al día)
 - iii. Otra
- 12. Dulera HFA
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100/5 (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 100/5 (2 descargas dos veces al día)
 - iii. 200/5 (2 descargas dos veces al día)
 - iv. Otra
- 13. Flovent Diskus
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 100 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - iii. 250 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iv. 50 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - v. Otra
- 14. Flovent HFA
 - a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 110 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)

- ii. 110 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
- iii. 110 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
- iv. 220 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
- v. 220 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
- vi. 220 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
- vii. 44 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
- viii. 44 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
- ix. Otra

15. Pulmicort Flexhaler

- a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 180 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 180 mcg/inh (1 descarga una vez al día)
 - iii. 90 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - iv. Otra

16. QVAR

- a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 40 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 40 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
 - iii. 40 mcg/inh (3 descargas dos veces al día)
 - iv. 80 mcg/inh (1 descarga dos veces al día)
 - v. 80 mcg/inh (2 descargas dos veces al día)
 - vi. 80 mcg/inh (3 descargas dos veces al día)
 - vii. Otra

17. Singulair (montelukast)

18. Symbicort HFA

- a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 160/4.5 (2 descargas dos veces al día)
 - ii. 80/4.5 (2 descargas dos veces al día)
 - iii. Otra

19. Wixela Inhub

- a. Seleccione la dosis recetada.
 - i. 100/50 (1 descarga dos veces al día)
 - ii. 250/50 (1 descarga dos veces al día)
 - iii. 500/50 (1 descarga dos veces al día)
 - iv. Otra

20. Otro (especifique)

- f. Medicamentos para el asma (medicamentos biológicos y otros medicamentos para el asma). Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.

Si 16 = f, 16d Seleccione el (los) medicamento(s) que recibe.

- 1. Omalizumab (Xolair)
- 2. Dupilumab (Dupixent)
- 3. Mepolizumab (Nucala)
- 4. Reslizumab (Cinqair)

5. Montelukast
6. Otro (especifique)
- g. Medicamentos para la presión arterial (p. ej., inhibidores de la ECA o antagonistas de los receptores de la angiotensina II, como Capoten, Prinivil, Zestril, Monopril, telmisartán, losartán)

Si 16 = f, 16e Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.

 1. Captopril (Capoten)
 2. Losartán (Cozaar)
 3. Fosinopril (Monopril)
 4. Lisinopril (Prinivil)
 5. Telmisartán (Micardis)
 6. Otro (especifique)
- h. Medicamentos para reducir el nivel de colesterol, que incluyen estatinas como atorvastatina (Lipitor), fluvastatina (Lescol), lovastatina (Mevacor, Altacor)

Si 16 = g, 16f Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.

 1. Atorvastatina (Lipitor)
 2. Fluvastatina (Lescol)
 3. Lovastatina (Mevacor, Altacor)
 4. Pravastatina (Pravachol)
 5. Pitavastatina (Livalo)
 6. Simvastatina (Zocor)
 7. Rosuvastatina (Crestor)
 8. Otro (especifique)
- i. Medicamentos para la diabetes/de insulina

Si 16 = g, 16f Seleccione el(los) medicamento(s) que recibe.

 1. Insulina (cualquier tipo) [sí/no]
 2. Otros medicamentos para la diabetes [texto con completado automático a partir del diccionario de medicamentos]
- j. Métodos anticonceptivos hormonales o terapia de reemplazo estrogénico
- k. Hidroxicloroquina
- l. Medicamentos inmunodepresores (p. ej., medicamentos usados para suprimir el sistema inmunitario, como prednisona, esteroides, FARME, anticuerpos anticitocina)
- m. Antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno/Motrin, naproxeno/Aleve
- n. Suplemento de vitamina D
- o. Otros analgésicos/antifebriles, como aspirina, Tylenol/paracetamol/acetaminofeno
- p. Ninguno de estos

Entorno doméstico

Ahora le haremos algunas preguntas sobre la casa familiar.

16. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluido usted?
17. ¿Cuántos dormitorios tiene su casa?
18. ¿Cuántas personas que viven en su casa fuman cigarrillos, cigarros, cigarros pequeños, pipas, pipas de agua, narguiles o algún otro producto de tabaco dentro de esta casa? Esto no incluye terrazas, pórticos ni cocheras independientes.
19. ¿Vive su familia en un departamento o una casa adosada? Sí/No

Si 19 = sí, 19a ¿Cuántas unidades estima que hay en su edificio?

20. ¿Tiene su familia alguna mascota que viva en casa? Sí/No

Si 20 = sí, 20a Seleccione todas las opciones que correspondan.

- a. Uno o más perros
- b. Uno o más gatos
- c. Otro (especifique)