

Estudio HEROS

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

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

Revisión de salud semanal

Estructura del árbol de preguntas

1. Evaluación de los síntomas

- a. ¿Ha estado algún miembro de su hogar, incluido usted, enfermo en el plazo de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días)? Sí/No
 - i. ¿Qué miembro de su hogar está enfermo? (casilla para opciones)
 - ii. Repita la evaluación de síntomas del 1 al 10 para cada miembro del hogar
 1. Preguntas específicas del niño

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA: texto de introducción del encabezado de la sección: lamentamos saber que (usted/[introduzca el NOMBRE canalizado del miembro del hogar si el encuestado primario no indica haber estado enfermo]) no se ha estado sintiendo bien. A continuación, se muestra una lista de síntomas; indique si ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días), o bien desde la última encuesta

- iii. Jerarquía de lista de síntomas (preguntas en negrita) con subcategorías (*las subcategorías solo se muestran si se responde "Sí" a las preguntas en negrita*)
 1. **¿Tuvo fiebre o se sintió afiebrado (escalofríos, sudoración) en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Cuál fue su temperatura más alta? Respuesta con número entero
 - a. ¿Está medido esto en grados Fahrenheit o Celsius?
 - b. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo fiebre o se sintió afiebrado (escalofríos, sudoración)?
 - c. ¿Tiene actualmente fiebre o sensación de estar afiebrado (escalofríos, sudoración)? Sí/No
 2. **¿Tuvo síntomas de resfriado o similares a los de la gripe (como dolor de garganta, goteo nasal o congestión) en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) presentó este(os) síntoma(s)?
 - b. ¿Presenta actualmente algún síntoma de resfriado o similar a los de la gripe? Sí/No
 3. **¿Tuvo tos en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**

- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo tos?
 - b. ¿Presenta actualmente algo de tos? Sí/No
4. **¿Tuvo sibilancias o silbidos en el pecho en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo sibilancias o silbidos en el pecho?
 - b. ¿Presenta actualmente sibilancias o silbidos en el pecho? Sí/No
5. **¿Tuvo falta de aire en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo falta de aire?
 - b. ¿Presenta actualmente falta de aire? Sí/No
6. **¿Tuvo dolor o molestias en el pecho en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo dolor o molestias en el pecho?
7. **¿Se sintió cansado o fatigado en algún momento desde la última encuesta?**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) se sintió cansado o fatigado?
 - b. ¿Presenta actualmente alguna sensación de cansancio o fatiga? Sí/No
8. **¿Tuvo dolores corporales en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo dolores corporales?
 - b. ¿Presenta actualmente algún dolor corporal? Sí/No
9. **¿Tuvo dolores de cabeza en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo dolores de cabeza?
 - b. ¿Presenta actualmente dolores de cabeza? Sí/No
10. **¿Tuvo dolor de oído en algún momento desde la última encuesta? Sí/No**
 - a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo dolor de oído?

- b. ¿Presenta actualmente dolor de oído? Sí/No
11. **¿Tuvo algún problema con su capacidad olfativa, como no poder sentir el olor de las cosas o que las cosas no tengan el olor que deberían tener desde la última encuesta? Sí/No**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo un problema con su capacidad olfativa?
- b. ¿Presenta actualmente algún cambio en su capacidad olfativa? Sí/No
12. **¿Tuvo algún problema con su capacidad para saborear alimentos y bebidas dulces, agrios, salados o amargos desde la última encuesta? Sí/No**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo un problema con su capacidad gustativa?
- b. ¿Presenta actualmente algún cambio en su capacidad gustativa? Sí/No
13. **¿Presentó náuseas (sensación de que podría vomitar) en algún momento desde la última encuesta?**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) presentó náuseas?
- b. ¿Presenta actualmente náuseas? Sí/No
14. **¿Tuvo diarrea (deposiciones blandas o líquidas) en algún momento desde la última encuesta?**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo diarrea?
- b. ¿Presenta actualmente diarrea? Sí/No
15. **¿Tuvo dolor de vientre en algún momento desde la última encuesta?**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo dolor de vientre?
- b. ¿Presenta actualmente dolor de vientre? Sí/No
16. **¿Tuvo ojo rojo o conjuntivitis en algún momento desde la última encuesta?**
- a. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) tuvo ojo rojo o conjuntivitis?
- b. ¿Presenta actualmente ojo rojo o conjuntivitis? Sí/No
17. **¿Presentó algún otro síntoma no mencionado anteriormente desde la última encuesta? Sí/No**
- a. ¿Cuántos síntomas adicionales ha presentado? [Respuesta con número entero] (repita las preguntas a–c a continuación para cada síntoma mencionado)

- a. Describa el síntoma 1 [cuadro de texto]
 - b. ¿Aproximadamente cuántos días de la última semana o desde que completó la última encuesta (7 días) presentó el síntoma 1?
 - c. ¿Presenta actualmente este síntoma?
- iv. Repetición de las preguntas 1 y 2 de la encuesta inicial
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
 - a. 1 = sí 1a. ¿Sabe cómo [**NOMBRE**] contrajo coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí (especifique)/No
 - a. 1 = sí 1b. ¿Fue [**NOMBRE**] hospitalizado debido al coronavirus (o el SARS-CoV-2 o la COVID-19)? Sí/No
 1. 1b = sí 1b1. Mientras estuvo en el hospital,... Seleccione todas las opciones que correspondan.
 - a. ¿Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos?
 - b. ¿Se le colocó un respirador (una máquina que introduce aire en los pulmones y lo saca de estos)?
 - c. ¿Se le administró oxígeno (una mascarilla o tubos en la nariz que le suministran aire adicional para respirar)?
 - d. ¿Se le administraron antibióticos u otro tratamiento? (Si se selecciona, especifique)
 - b. 1 = no 1c. ¿Considera que usted o algún familiar ha tenido coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí/No
 - c. 1 = no 1d. ¿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.
 - d. Muy probable
 - e. Probable
 - f. No muy probable
 - g. Nada probable
 2. ¿Ha estado usted o algún familiar en contacto con alguien que obtuvo un resultado positivo para coronavirus (o SARS-CoV-2 o COVID-19)? Sí/No

Referencias de ítems:

Dominio de síntomas	Fuente de preguntas
---------------------	---------------------

Fiebre	WURSS-24
Tos	WURSS-24
Sibilancias	Estudio internacional del asma y las alergias en la infancia (ISAAC)
Dolor/opresión en el pecho	Cuestionario de dolor en el pecho de Rose
Fatiga	Calidad de vida en adultos
	WURSS-24
Anosmia	Cuestionario sobre pérdida de los sentidos químicos del olfato y el gusto NHANES 2011
Disgeusia	Cuestionario sobre pérdida de los sentidos químicos del olfato y el gusto NHANES 2011
Gastrointestinales	Cuestionario sobre náuseas y vómitos PROMIS
Gastrointestinales	Cuestionario sobre diarrea gastrointestinal PROMIS
Gastrointestinales	Cuestionario sobre dolor de vientre PROMIS