

Instrumento para recolección de información de seguimiento de síntomas para los participantes del proyecto CoVIDA

*****Árbol de decisiones para decidir cuándo agendar una RT-PCR a partir del reporte de síntomas *****


1. Si en la pregunta 1 **se responde afirmativo a por lo menos 1 síntoma** de la lista de síntomas a-h y **se reporta que este síntoma ha durado 48 horas o más**, entonces se decide **toma de prueba RT-PCR y se debe agendar a la persona para ir a la cita.**
2. Si en la pregunta 1 **se responde afirmativo a 3 síntomas** de la lista de síntomas a-h así se reporte que estos síntomas **han durado menos de 48 horas**, entonces se decide **toma de prueba RT-PCR y se debe agendar a la persona para ir a la cita.**
3. Si en la pregunta 1 **se responde afirmativo a menos de 3 síntomas** de la lista de síntomas a-h y se reporta que **estos síntomas han durado menos de 48 horas**, entonces se decide **enviar nuevamente el link de seguimiento de síntomas para ser respondido en las próximas 48 horas** y si en el nuevo reporte, los síntomas todavía persisten se decide hacer la toma de prueba RT-PCR y se debe agendar a la persona para ir a la cita.
4. Si no se cumplen estas condiciones **NO** se debe agendar la toma de muestra y se debe continuar con el seguimiento de síntomas en los días indicados.

MENSAJES

Título: ¿Has tenido algún síntoma en los últimos 3 días? ¡Cuidado! podría estar relacionado con COVID-19. Participa en el reporte de síntomas - Estudio CoVIDA

Grupo A

¡Hola Taxista!

Gracias por participar en CoVIDA, liderado por la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, la Secretaría Distrital de Salud y la Fundación Santa Fe de Bogotá. 
Como le explicaron hace unos días cuando le tomaron la muestra para la prueba de COVID-19, CoVIDA apoya la vigilancia epidemiológica del COVID-19 en Bogotá.

Le escribimos para invitarle a participar en el reporte de los síntomas relacionados con COVID-19 y que se realizará cada 3 días. Este reporte es muy corto, dura menos de 5 minutos.



Por favor haga un clic en este enlace para contestar las preguntas:

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=fAS9-kj_KkmLu4-YufucyqshvwXtmCFHo4I5Nttcha1UNkRGSIJJNTc3VVNMWUMyV1BSSjFOMU5ZTC4u

Grupo B

¡Hola Taxista!

¿Has tenido algún síntoma en los últimos 7 días? ¡Cuidado! podría estar relacionado con COVID-19. Si has tenido algunos síntomas, te invitamos a participar en el reporte de estos síntomas haciendo clic en el enlace abajo para contestar unas preguntas y, si se requiere, vamos a agendarte una cita para tomar la prueba de COVID-19. Esta iniciativa se llama CoVIDA y es liderada por la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en alianza con Cabify.

Si te interesa reportar tus síntomas, hacer la prueba de COVID-19 en caso de que se requiera, y aceptas de manera expresa que compartamos tus datos personales con la iniciativa "CoVIDA" en cumplimiento de la normatividad de habeas data, haz clic aquí:

Por favor haga un clic en este enlace para contestar las preguntas:

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=fAS9-kj_KkmLu4-YufucyqshvwXtmCFHo4I5Nttcha1UNkRGSIJJNTc3VVNMWUMyV1BSSjFOMU5ZTC4u

1. En los últimos 7 días, ¿Usted ha tenido uno o más de los siguientes síntomas?

- ❖ TOS SECA. (Esto quiere decir que usted ha tenido tos sin flemas).
- ❖ FIEBRE. (Esto quiere decir que usted ha tenido la temperatura corporal cuantificada en 38°C o más y se la ha tomado con un termómetro).
- ❖ DOLOR DE GARGANTA. (Esto quiere decir que usted siente dolor al tragar alimentos o líquidos o está afónico).
- ❖ DIFICULTAD RESPIRATORIA. (Esto quiere decir que usted se ha sentido sin aire al hablar, se ha sentido ahogado o con falta de aire, su respiración ha sido más rápida o fuerte, en algunos casos los labios de la boca se han visto morados o azules).
- ❖ FATIGA/CANSANCIO EXTREMO. (Esto quiere decir que usted se ha sentido más cansado de lo normal lo cual le impide realizar actividades como comer y/o que ha sentido que tiene mucha dificultad para despertarse).
- ❖ DIARREA. (Esto quiere decir que usted ha tenido un aumento en el número de deposiciones y cambio de consistencia a deposiciones líquidas o blandas).
- ❖ ALTERACIONES EN EL SENTIDO DEL OLFATO O DEL GUSTO. (Esto quiere decir que usted ha sentido que tiene dificultad para oler y/o saborear).
- ❖ CONFUSIÓN DE APARICIÓN RECIENTE. (Esto quiere decir que usted ha notado que recientemente tiene dificultad para saber dónde se encuentra o quienes son las personas con las que se encuentra).

a) Ha tenido por **LO MENOS UNO** de los síntomas antes mencionados u **OTROS** síntomas

b) **NO** ha tenido **NINGUNO** de los síntomas de los antes mencionados **NI** otros síntomas

****SALTOS****

Si responde a) entonces ir a preguntas 2 y 3.

Si responde b) finalizar el cuestionario

2. ¿En últimos 7 días ha tenido alguno de estos síntomas?

- a) Tos seca (Usted tiene tos sin flemas)
 - a. Si
 - b. No
 - c. Si responde que SI, preguntar
 - i. ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ii. ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa

- b) Fiebre (Usted tiene la temperatura corporal cuantificada en 38 °C o más y se la tomó con un termómetro)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- c) Dolor de garganta o voz ronca (Usted siente dolor al tragar alimentos o líquidos o esta afónico)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- d) Dificultad respiratoria (Usted siente que se queda sin aire al hablar, se siente ahogado o con falta de aire, su respiración es más rápida o fuerte, en algunos casos los labios de la boca se ven morados o azules)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- e) Fatiga/cansancio extremo (Usted siente más cansancio de lo normal que le impide realizar actividades como comer y/o que siente que tiene mucha dificultad para despertarse)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- f) Diarrea (Usted tiene un aumento en el número de deposiciones y cambio de consistencia a disposiciones líquidas o blandas)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- g) Alteraciones en el sentido del olfato o del gusto (Usted siente que tiene dificultad para oler y saborear)
- Si
 - No
 - Si responde que SI, preguntar
 - ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?

- ii. ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- h) Confusión de aparición reciente (Usted nota que recientemente tiene dificultad para saber dónde se encuentra o quienes son las personas con las que se encuentra)
 - a. Si
 - b. No
 - c. Si responde que SI, preguntar
 - i. ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ii. ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa
- i) **Otros síntomas**
 - a. Si
 - b. No
 - c. Si responde que sí, ¿cuáles? _____
 - d. Si responde que SI, preguntar
 - i. ¿Este síntoma ha durado más de 48 horas desde que inició?
 - ii. ¿En qué día empezó este síntoma? dd/mm/aa

3. Desde que usted tiene estos síntomas:

- a. ¿Ha consultado a la línea de asistencia de su IPS (telefónica o virtual)?
 - a. Si
 - b. No
- b. ¿Ha consultado a una línea de emergencia telefónica (123 o 192)?
 - a. Si
 - b. No
- c. ¿Ha consultado a un servicio de salud (como: consulta externa, consulta prioritaria o servicios de urgencias en un centro de salud u hospital)
 - a. Si
 - b. No
- d. ¿Ha consultado a un médico particular?
 - a. Si
 - b. No
- e. ¿Ha consultado a un médico o servicio de salud en su trabajo?
 - a. Si
 - b. No
- f. ¿Ha tomado medicamentos para mejorar los síntomas?
 - a. Si
 - b. No
- g. ¿Ha comprado medicamentos en una farmacia/droguería para mejorar los síntomas?
 - a. Si
 - b. No
- h. ¿Ha utilizado otras alternativas para recibir asistencia médica?
 - a. Si
 - b. No

- c. Si responde que sí, ¿cuáles? _____
- i. ¿Ha pedido hacerse la prueba de COVID-19 en su IPS, o a través de una línea de atención?
- Si
 - No
 - Si responde que sí, ¿a quien le hizo la solicitud? _____
 - Si responde que sí en **a**, ¿le realizaron la prueba? _____
 - Si
 - No
- ii. Si responde que sí en **d**, ¿el resultado fue positivo? _____
- Si
 - No
 - No sabe

Recuerde que en 7 días recibirá este mismo link para registrar si usted ha presentado síntomas.

Muchas gracias por su participación,

Equipo COVIDA

Referencias para la elaboración de este instrumento:

- Menni, C., Valdes, A. M., Freidin, M. B., Sudre, C. H., Nguyen, L. H., Drew, D. A., ... & Visconti, A. (2020). Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nature Medicine*, 1-4.
- Williams, Frances MK, et al. "Self-reported symptoms of covid-19 including symptoms most predictive of SARS-CoV-2 infection, are heritable." *medRxiv* (2020).
- Tostmann, Alma, et al. "Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020." *Eurosurveillance* 25.16 (2020): 2000508.

Instructivo del instrumento para recolección de información de seguimiento de síntomas a participantes del proyecto CoVIDA

Variable	Categoría y definición	Criterio de sistematización
Síntomas		
Síntoma	<p>Se realiza seguimiento a cada síntoma mediante una grilla desde el día 0 al día 21.</p> <p>Se responden como Si o No.</p> <p>Esta la opción de no tener síntomas y cuando se reporta si tener síntomas se preguntan los siguientes:</p> <p>Tos seca; Fiebre (cuantificada ≥ 38 °C) (obligatoria en pacientes que reportan síntomas, en asintomáticos no necesariamente van a reportar fiebre); Odinofagia (Dolor al tragar alimentos o líquidos.); Dificultad respiratoria; Fatiga/adinamia; Vómito o Náuseas; Diarrea; Cefalea; Escalofríos; Mialgias; Anosmia (alteraciones en el sentido del olfato); Disgeusia (alteraciones en el sentido del gusto); Otros, acá se debe escribir cual.</p> <p>Cada día se debe indagar si la persona está hospitalizada o no.</p>	Se puede seleccionar más de un síntoma en simultaneo.