

**DOCUMENTACIÓN DE LA COHORTE
MULTICÉNTRICA DE
ADULTOS CON INFECCIÓN
VIH (CoRIS)**

Mayo 2020

ÍNDICE

PROTOCOLO DE DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES de CoRIS

MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

MÓDULO DE EVENTOS NO SIDA

MÓDULO DE HEPATITIS

MÓDULO DE SEROCONVERTORES

MÓDULO DE VPH Y CÁNCER ANAL

MÓDULO DE ITS

MANUAL DE LA BASERIS

MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

MÓDULO DE EVENTOS NO SIDA

MÓDULO DE HEPATITIS

MÓDULO DE SEROCONVERTORES

MÓDULO DE VPH Y CÁNCER ANAL

MÓDULO DE ITS

ESTRUCTURA DE LA BASE DATOS CORIS

MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

Este apartado es solo de utilidad para los centros que **no envían** los datos del corazón a través de la aplicación CoRIS.

PROTOCOLO DE DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES REGISTRADAS en CoRIS

Criterios de inclusión de pacientes en la cohorte:

Los criterios de inclusión que deben cumplir los sujetos para la recogida de sus datos en la cohorte CoRIS son los siguientes:

- a. Edad: mayor de 13 años
- b. Diagnóstico confirmado de infección por VIH
- c. Atendido por primera vez a partir de la fecha de inclusión del hospital en la cohorte
- d. No haber recibido tratamiento antirretroviral con anterioridad a la incorporación a la cohorte (pacientes naïve)
- e. Firma del consentimiento informado para participar en el estudio.

Nota 1: Si un paciente cumple criterio LTNP (Long-term non-progressor) o Elite Controller, pero también cumple criterio CoRIS, debe ser INCLUIDO en también en CoRIS.

Nota 2: Un paciente que haya recibido PrEP debe ser incluido en CoRIS y sus muestras deben ser recogidas como para el resto de pacientes de CoRIS, con idénticos criterios.

CONJUNTO DE VARIABLES DE LA COHORTE PROSPECTIVA MULTICÉNTRICA DE ADULTOS CON INFECCIÓN VIH

NOTA: Siempre que se desconozca una fecha completa, anotar el dato correspondiente a la mitad del periodo:

- _ si sólo se conoce el año, anotar 1 de julio y el año,
- _ si se conoce mes y año, anotar el día 15 del mes

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Código de Identificación del paciente:

Se hace mediante un código unívoco que permite hacer el seguimiento del paciente y la detección de duplicados entre centros, sin desvelar su identidad. (Para pacientes que fallecen sin firmar el consentimiento, ver punto 20)

Requiere:

Dos primeras letras del 1er apellido (A1)

Dos primeras letras del 2º apellido (A2)

- En los apellidos no deben considerarse los artículos, proposiciones o conjunciones. Por ejemplo, “De la Torre”, registrar TO; y en “Latorre”, registrar LA.
- Al codificar apellidos complejos identificar bien cada uno de los apellidos. Por ejemplo: López de Carbonell y Aguinaga, transcribir LO y AG.
- En caso de nombres o apellidos que empiecen por “ll” o “ch”, considerar que se trata de dos letras diferentes y registrar LL o CH.
- **En el caso de no existir segundo apellido** (por ejemplo, personas provenientes de países con un solo apellido) **se debe codificar como XX.**

Sexo (M= Hombre, F= Mujer).

Fecha de nacimiento en formato fecha dd/mm/aaaa

El código se construye en el siguiente orden:

A1A2 + AAMMDD(de nacimiento) + M/F (sexo)

Ejemplo: PEGO640930M es un hombre (M) nacido el 30 de septiembre de 1964 y sus apellidos empiezan por PE y GO

Cuando se utiliza la base de datos RIS este código se genera automáticamente al introducir las variables correspondientes.

Situación en la que dos pacientes del mismo centro tuvieran el mismo código de identificación: si ocurriera esta situación excepcional, al segundo caso duplicado se le añadiría al final del código el número 1; si ocurriera esta situación dos veces al tercer caso duplicado se le añadiría al final el código 2, y así sucesivamente.

Ejemplo: Si hubiera dos personas con el código de identificación “PEPE800101M”, el incluido en primer lugar tendría este código, y el incluido en segundo lugar “PEPE800101M1”.

Centro:

Habitualmente aparece por defecto en las bases de datos de cada centro

Número de historia clínica

Se recogerá para la comunicación con el hospital que atiende al enfermo

PACIENTES QUE FALLECEN SIN FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuando un paciente ingresa al hospital y cumple los criterios de inclusión, pero fallece antes de dar su consentimiento informado, debe ser incluido en la cohorte para evitar el sesgo de excluir a las personas que llegan más graves. Para respetar la confidencialidad, la forma de incluirlo es enviar sus datos de manera completamente anónima, sin ningún dato que permita su vinculación con un paciente concreto bajo ninguna circunstancia.

Para ello, **NO** se debe enviar el número de historia clínica, el cual será reemplazado por un número secuencial ficticio creado de la siguiente manera:

La sigla NCI (no consentimiento informado) + número consecutivo de pacientes que cumplen estas características.

Ej: NCI1
NCI2
NCI3.....

En el código de identificación se deben reemplazar las iniciales de los apellidos por las letras ZZZZ. La fecha de nacimiento y el sexo permanecen iguales.

Así, el primer paciente de cada hospital tendrá la historia clínica NCI1 y el código de identifica

1. MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

INFORMACION BÁSICA QUE SE RECOGE DE LOS PACIENTES

Transexual:

A efectos de este estudio, se debe señalar la opción de “Transexual” cuando el paciente se autodefina con un género diferente al de su sexo biológico.

Raza Negra:

Se debe señalar la opción de “Raza Negra” cuando sea el caso.

Fecha de inclusión en CoRIS, o de la 1ª visita del paciente como miembro de la cohorte:

Fecha en la que el paciente ha sido visto en el hospital por primera vez, una vez que cumple los criterios de inclusión, en formato fecha dd/mm/aaaa. Si el paciente es visto antes de su diagnóstico de VIH, por favor ignorar esa fecha e incluirlo en la fecha en que ya tenga el diagnóstico confirmado. Esta fecha puede corresponder a un ingreso, una visita a urgencias o una revisión en consulta externa.

Categoría de transmisión:

Se categorizan las exposiciones de riesgo priorizadas en el siguiente orden:

Código	Categoría de transmisión
1	Usuario de drogas por vía parenteral
2	Hombre con prácticas homo/bisexuales
3	Exposiciones heterosexuales de riesgo
4	Otros (transfusiones, tatuajes, etc.)
5	No sabe / No consta

País de Origen:

Se recogerá el país de origen codificado con los siguientes códigos

Código	País
1	España
2	Afganistán
3	Albania

Código	País
4	Alemania
5	Andorra
6	Angola

Código	País
7	Antigua y Barbuda
8	Arabia Saudí
9	Argelia
10	Argentina
11	Armenia
12	Australia
13	Austria
14	Azerbaiyán
15	Bahamas, Las
16	Bangladés
17	Barbados
18	Bahréin
19	Bélgica
20	Belice
21	Benín
22	Bielorrusia
23	Birmania
24	Bolivia
25	Bosnia y Herzegovina
26	Botsuana
27	Brasil
28	Brunei
29	Bulgaria
30	Burkina Faso
31	Burundi
32	Bután
33	Cabo Verde
34	Camboya
35	Camerún
36	Canadá
37	Catar
38	Centrafricana, República
39	Chad

Código	País
40	Checa, República
41	Chile
42	China
43	Chipre
44	Colombia
45	Comoras
46	Congo (Brazzaville), Rep. del
47	Congo (Kinshasa), Rep. Demo del
48	Corea del Norte
49	Corea del Sur
50	Costa de Marfil
51	Costa Rica
52	Croacia
53	Cuba
54	Dinamarca
55	Dominica
56	Dominicana, República
57	Ecuador
58	Egipto
59	El Salvador
60	Emiratos Árabes Unidos
61	Eritrea
62	Eslovaquia
63	Eslovenia
64	Estados Unidos
65	Estonia
66	Etiopía
67	Filipinas
68	Finlandia
69	Fiyi
70	Francia
71	Gabón
72	Gambia

Código	País
73	Georgia
74	Ghana
75	Granada
76	Grecia
77	Guatemala
78	Guinea
79	Guinea Ecuatorial
80	Guinea-Bissau
81	Guyana
82	Haití
83	Honduras
84	Hungría
85	India
86	Indonesia
87	Iran
88	Iraq
89	Irlanda
90	Islandia
91	Israel
92	Italia
93	Jamaica
94	Japón
95	Jordania
96	Kazakstán
97	Kenia
98	Kirguistán
99	Kiribati
100	Kosovo
101	Kuwait
102	Laos
103	Lesoto
104	Letonia
105	Líbano

Código	País
106	Liberia
107	Libia
108	Liechtenstein
109	Lituania
110	Luxemburgo
111	Macedonia
112	Madagascar
113	Malasia
114	Malawi
115	Maldivas
116	Mali
117	Malta
118	Marruecos
119	Marshall, Islas
120	Mauricio
121	Mauritania
122	México
123	Micronesia
124	Moldavia
125	Mónaco
126	Mongolia
127	Montenegro
128	Mozambique
129	Namibia
130	Nauru
131	Nepal
132	Nicaragua
133	Níger
134	Nigeria
135	Noruega
136	Nueva Zelanda
137	Omán
138	Países Bajos

Código	País
139	Pakistán
140	Palaos
141	Palestina
142	Panamá
143	Papúa Nueva Guinea
144	Paraguay
145	Perú
146	Polonia
147	Portugal
148	Reino Unido
149	Ruanda
150	Rumanía
151	Rusia
152	Salomón, Islas
153	Samoa
154	San Cristóbal y Nieves
155	San Marino
156	San Vicente y las Granadinas
157	Santa Lucía
158	Santo Tomé y Príncipe
159	Senegal
160	Serbia
161	Seychelles
162	Sierra Leona
163	Singapur
164	Siria
165	Somalia
166	Sri Lanka
167	Suazilandia
168	Sudáfrica
169	Sudán
170	Sudán del Sur
171	Suecia

Código	País
172	Suiza
173	Surinam
174	Tailandia
175	Tanzania
176	Tayikistán
177	Timor Oriental
178	Togo
179	Tonga
180	Trinidad y Tobago
181	Túnez
182	Turkmenistán
183	Turquía
184	Tuvalu
185	Ucrania
186	Uganda
187	Uruguay
188	Uzbekistán
189	Vanuatu
190	Vaticano
191	Venezuela
192	Vietnam
193	Yemen
194	Yibuti
195	Zambia
196	Zimbabue
999	No consta

Región de origen:

Cuando no sea posible recoger el país de origen, se recogerá la región de origen con las siguientes categorías y códigos:

Código	Región de Origen
2	Europa Occidental
3	Europa del Este y Rusia
4	África sub-Sahariana
5	Norte de África
6	Latinoamérica
7	América del Norte
8	Asia
9	Oceanía
10	No Consta

Nivel de estudios:

Se codifica el grado de formación académica alcanzado, según los siguientes códigos:

Código	Nivel de estudios
0	Sin estudios, menos de 5º EGB o primaria actual incompleta
1	Primaria (5º EGB / 6º primaria actual)
2	Secundaria obligatoria (8º EGB / 4º ESO actual)
3	Secundaria Superior (BUP/COU/Bachillerato actual /FP)
4	Universitarios completos o post-grado
8	Otro, ninguno de los códigos anteriores es aplicable
9	No consta/Desconocido

Situación laboral

Se recogerá la situación laboral en el momento de la inclusión, y se registrará, con su fecha, todos los cambios que se produzcan.

Ocupación

Se recogerá la ocupación con los siguientes códigos:

Ocupación
Trabajador
Estudiante
Jubilado/ Pre-jubilado
Sin empleo (búsqueda activa)
Otras situaciones

Situación laboral

Se recogerá la situación laboral en los que en ocupación marquen el código "Trabajador" con siguientes códigos:

Código	Situación Laboral
1	Empleado por cuenta ajena
2	Autónomo o empresa familiar
3	Contrato en prácticas

Tipo de contrato

En el caso de que se marque la opción "Empleado por cuenta ajena" se activará la opción de recoger el tipo de contrato.

Código	Contrato
1	Contrato indefinido
2	Contrato temporal
3	Otro
4	Desconocido

Otras situaciones

Se especificarán las situaciones en los que en ocupación marquen el código “Otras situaciones” con los siguientes códigos:

Código	Otras Situaciones
7	Trabajo doméstico no remunerado
8	Incapacitado por enfermedad
9	Otra situación
99	Desconocido

Fecha del primer resultado VIH+

Se recogerán las tres fechas siguientes de forma separada siempre que procedan. En formato: dd/mm/aaaa.

Fecha del primer resultado VIH+ referido por el paciente.

Fecha del primer resultado VIH+ documentado y confirmado por un centro sanitario acreditado.

Fecha del primer resultado VIH+ en el centro de reclutamiento.

Fecha en la que el paciente tiene Western Blot indeterminado:

En los casos en que la prueba confirmatoria (Western Blot) para el diagnóstico de VIH haya tenido un resultado indeterminado, debe recogerse la fecha del mismo. Se recoge en formato fecha dd/mm/aaaa.

Fecha del último resultado negativo de la prueba de VIH:

Se recoge en formato fecha dd/mm/aaaa.

Estadio al ingreso en la cohorte:

Según clasificación de los CDC de 1993, con la siguiente codificación:

Código	Estadio
1	P (Primoinfección)
2	A (Asintomático)
3	B(Síntomas no definitorios SIDA)

Código	Estadio
4	C(Antecedente/presencia enfermedad SIDA)
9	Desconocido

- P:** Primoinfección o síndrome de infección primaria.
- A:** Pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatías generalizadas persistentes, excepto primoinfección.
- B:** Pacientes que presentan o han presentado síntomas debidos a enfermedades relacionadas con la infección por VIH no incluidas en el estadio C:
- Angiomatosis bacilar
 - Candidiasis orofaríngea
 - Candidiasis vulvovaginal: frecuente o que responde mal al tratamiento.
 - Displasia cervical (moderada o severa)/carcinoma cervical in situ.
 - Síntomas constitucionales como fiebre (38,5°C) o diarrea durante >1 mes.
 - Leucoplasia vellosa oral.
 - Herpes zoster: 2 episodios distintos o con afectación de más de un dermatoma.
 - Púrpura trombopénica idiopática.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tubo-ovárico.
 - Neuropatía periférica.
- C:** Pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las enfermedades definitorias de SIDA (ver listado).

En principio, un paciente clasificado en las diferentes categorías clínicas debe permanecer siempre en la más alta alcanzada.

Fecha de última recogida de datos:

Última fecha en que se recogen los datos del paciente, formato fecha dd/mm/aaaa.

Fecha de último contacto con el paciente en el hospital:

Fecha de la última visita del paciente (ambulatoria u hospitalaria), o de su fallecimiento, formato fecha dd/mm/aaaa

Utilización de la PreP antes de la inclusión en CoRIS

Se recogerá información del uso de PreP previo a la inclusión en CoRIS de todos los pacientes, siempre que esta información esté disponible

¿Ha tomado PreP con anterioridad?

1	Sí
2	No
3	Desconocido

En caso de seleccionar “Sí” se abrirá la siguiente tabla relacionada con la información de la PreP:

Fármacos

Fármacos	
1	Truvada [®]
2	Descovy [®]
3	Genéricos de Truvada
4	Desconocido

Fecha de inicio, Fecha fin del uso de PreP en formato fecha dd/mm/aaaa.

Pauta utilizada

Pauta utilizada	
1	Diario
2	A demanda
3	Desconocido

En caso de seleccionar “a demanda” se abrirá otro desplegable para indicar el número de días a la semana, comprendido entre 1 y 7.

¿Ha recibido seguimiento médico?

1	Sí
2	No
3	Desconocido

INFORMACIÓN ANALÍTICA

Analítica de VIH (CD4, CD8 y carga Viral)

Se incluirán los resultados de todas las analíticas practicadas al paciente entre la fecha de su inclusión en CoRIS y la fecha de recogida de los datos.

Valor absoluto de los CD4

Expresado en *células /mm³*.

Porcentaje de CD4

Porcentaje de linfocitos CD4+ con respecto al total de linfocitos. Se expresará en tanto por ciento.

Valor absoluto de los CD8

Expresado en *células /mm³*.

Porcentaje de CD8

Porcentaje de linfocitos CD8 con respecto al total de linfocitos. Se expresará en tanto por ciento.

Carga viral:

Valor de la carga viral expresado en copias/ml.

Cuando la carga viral sea inferior al límite inferior de detección, anotar dicho límite y señalarlo en la casilla correspondiente (**C.V Bajo límite**). Cuando sobrepase el límite superior de la técnica, anotar dicho límite y señalar que lo sobrepasa en la casilla correspondiente (**C.V Sobre límite**).

Perfil básico en sangre

Se incluirán los resultados de todas las analíticas practicadas al paciente entre la fecha de su inclusión en CoRIS y la fecha de recogida de los datos. Si tenemos varias analíticas de un día, solo se incluirá la primera del día

Hemoglobina:

Valor de Hemoglobina en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Triglicéridos
2	g/L
3	g/dL

Plaquetas

Valor de Plaquetas en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Triglicéridos
1	ml
8	1E+9/L ó 1E+3/ μ L
9	1E+6/ L

Glucosa:

Valor de glucosa en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.:

Código	Unidades Triglicéridos
1	mmol/L
4	mg/dL

Creatinina:

Valor de Creatinina en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Creatinina
1	mmol/L
4	mg/dL
6	μmol/L

Albúmina:

Valor de Albúmina en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Albúmina
2	g/L
3	g/dL

AST:

Valor de AST en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades AST
1	UI/L

ALT:

Valor de ALT en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades AST
1	UI/L

Colesterol Total:

Valor del Colesterol total en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Colesterol Total
1	mmol/L
4	mg/dL

Colesterol HDL:

Valor del Colesterol HDL en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Colesterol HDL
1	mmol/L
4	mg/dL

Triglicéridos:

Valor de Triglicéridos en las unidades que se marquen en la variable a la derecha de esta.

Código	Unidades Triglicéridos
1	mmol/L
4	mg/dL

PESO Y ALTURA**Peso**

Se recogerá el peso (Kg) con su fecha en el momento de la inclusión, y durante el seguimiento.

Altura

Se recogerá la altura (cm) con su fecha en el momento de la inclusión, y durante el seguimiento.

INFORMACIÓN DE SEROLOGÍA Y VACUNAS

Virus B / Virus C

Serología del virus de la hepatitis B:

Se recogerá resultado con su fecha, en el momento de la inclusión y durante el seguimiento.

AgHBs: Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.

AcHBs: Anticuerpos frente al antígeno de superficie.

AcHBc: Anticuerpos anti-core del virus de la hepatitis B.

Ag HBe: antígeno e, indicador de infectividad.

Las opciones del resultado son:

Código	Resultado
1	Positivo
2	Negativo
3	Desconocido

Serología Hepatitis C:

Se recogerá resultado de la técnica de cribado con su fecha, en el momento de la inclusión y durante el seguimiento.

Código	Resultado
1	Positivo
2	Negativo
3	Desconocido

Sífilis

Sífilis:

Se recogerá resultado de la técnica de confirmación (TPHA ó FTA) con su fecha, en el momento de la inclusión y durante el seguimiento.

Mantoux o Quantiferón / Profilaxis TBC

Mantoux o Quantiferón:

Se recogerá resultado de PPD con su fecha.

Código	Resultado
1	Positivo (>5 mm)
2	Negativo (<5 mm)
3	Desconocido

Profilaxis TBC:

Se recogerá si ha recibido profilaxis de TBC y con su fecha.

Vacuna HB / Vacuna Neumococo

Vacunación frente a Hepatitis B:

Se recogerá en caso positivo fecha de finalización de la pauta

Vacunación frente a neumococo:

Se recogerá en caso positivo fecha de la dosis

ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE SIDA Y FECHA

Las enfermedades de la clasificación de eventos definitorios de SIDA de CDC/OMS 1993. Se reflejarán todas las enfermedades diagnosticadas al paciente desde su diagnóstico de infección por VIH, con la fecha de diagnóstico. También se consignan todas las enfermedades definitorias de sida que se presenten durante el seguimiento, aunque no originen un cambio de estadio.

Se utilizarán los siguientes códigos:

Código	Enfermedad
01	Candidiasis esofágica
02	Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
03	Coccidiomicosis diseminada
04	Criptococosis extrapulmonar
05	Herpes simple mucocutáneo crónico
06	Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico
07	Criptosporidiasis con diarrea más de un mes
08	Histoplasmosis diseminada
09	Isosporidiasis con diarrea
10	Enfermedad por citomegalovirus
11	Retinitis por citomegalovirus
12	Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
13	Toxoplasmosis cerebral
14	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
15	Complejo <i>M. avium</i> ó <i>M. Kansasii</i>
16	Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
17	<i>Mycobacterium</i> de otras especies, extrapulmonar
18	Septicemia por <i>Salmonella</i>
19	Neumonitis intersticial linfoide
20	Múltiples infecciones bacterianas recurrentes
21	Sarcoma de Kaposi
22	Linfoma primario de cerebro
23	Linfoma no-Hogdkin (sin especificar)
29	Linfoma no-Hogdkin (Clásico o atípico)
30	Linfoma no-Hogdkin inmunoblástico o centroblástico
24	Encefalopatía por VIH
25	Síndrome caquético por VIH
26	Tuberculosis pulmonar
27	Neumonía bacteriana recurrente
28	Cáncer invasivo de cuello uterino

INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tratamiento antirretroviral:

Se recogerá para cada fármaco el nombre, **si se trata de Vida real o un ensayo**, la fecha de comienzo, fecha de finalización y el motivo de fin.

Los códigos de los fármacos son los siguientes:

(Tened en cuenta que se hay un código para los ensayos clínicos)

Fármacos:

Código	Fármaco	Abreviatura	Nom. Comercial
1	NINGUNO		
2	ABACAVIR	ABC	Ziagen
3	AMPRENAVIR	APV	Agenerase
4	ATAZANAVIR	ATV	Reyataz
5	LAMIVUDINA/ ZIDOVUDINA	3TC/ AZT	Combivir
6	DELAVIRDINA	DLV	Rescriptor
7	DIDANOSINA	DDI	Videx
8	EFAVIRENZ	EFV	Sustiva, Stocrin
9	EMTRICITABINA	FTC	Emtriva
10	INDINAVIR	IDV	Crixivan
11	LAMIVUDINA	3TC	Epivir
13	NELFINAVIR	NFV	Viracept
14	NEVIRAPINA	NVP	Viramune
15	RITONAVIR	RTV	Norvir
16	SAQUINAVIR	SQV	Fortovase, Invirase
17	ESTAVUDINA	D4T	Zerit
18	ENFUVIRTIDE	T-20	Fuzeon
19	TENOFOVIR-DF	TDF	Viread
20	TIPRANAVIR	TPV	Aptivus
21	ABACAVIR/ LAMIVUDINA/ ZIDOVUDINA	AZT/ ABC/ 3TC	Trizivir
22	ZALCITABINA	DDC	Hivid
23	ZIDOVUDINA	AZT	Retrovir
24	OTROS FARMACOS		
25	ABACAVIR/ LAMIVUDINA	ABC/ 3TC	Kivexa
26	TENOFOVIR-DF/ EMTRICITABINA	TDF/ FTC	Truvada
27	LOPINAVIR/ RITONAVIR	LPV/ RTV	Kaletra, Meltrex
28	FOSAMPRENAVIR	FOS	Telzir
29	DARUNAVIR	DRV	Prezista
31	EFAVIRENZ/ TENOFOVIR-DF/ EMTRICITABINA	EFV/ TDF/ FTC	Atripla
32	MARAVIROC	MVC	Celsentri
33	RALTEGRAVIR	RAL	Isentress

Código	Fármaco	Abreviatura	Nom. Comercial
34	ETRAVIRINA	ETV	Intelence
35	LAMIVUDINA GENÉRICO	3TCg	Genérico
36	ZIDOVUDINA GENÉRICO	AZTg	Genérico
37	RILPIVIRINA	RPV	Edurant
38	RILPIVIRINA/ TENOFOVIR/ EMTRICITABINA	RPV/ TDF/ FTC	Eviplera
39	DOLUTEGRAVIR	DTG	Tivicay
40	DOLUTEGRAVIR/ ABACAVIR/ LAMIVUDINA	DTG/ ABC/ 3TC	Triumeq
41	ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ TENOFOVIR-DF/ EMTRICITABINA	EVG/ COBI/ TDF/ FTC	Stribild
42	DARUNAVIR/ COBICISTAT	DRV/ COBI	Rezolsta
43	ATAZANAVIR/ COBICISTAT	ATV/ COBI	Evotaz
46	CABOTEGRAVIR INTRAMUSCULAR	CAB LA	
47	EFAVIRENZ/ TENOFOVIR-DF/ LAMIVUDINA	EFV/ TDF/ 3TC	Symfi
48	DORAVIRINA	DOR	Pifeltro
49	NEVIRAPINA GENÉRICO	NVPg	Genérico
50	EFAVIRENZ GENÉRICO	EFVg	Genérico
51	TENOFOVIR-DF GENÉRICO	TDFg	Genérico
52	TENOFOVIR-DF/ EMTRICITABINA GENÉRICO	TDFg/ FTCg	Genérico
53	TENOFOVIR ALAFENAMIDA/ EMTRICITABINA	TAF/ FTC	Descovy
54	RILPIVIRINA/ TENOFOVIR ALAFENAMIDA/ EMTRICITABINA	RPV/ TAF/ FTC	Odefsey
55	ELVITEGRAVIR/ COBICISTAT/ TENOFOVIR ALAFENAMIDA/ EMTRICITABINA	EVG/ COBI/ TAF/ FTC	Genvoya
56	ENSAYO CLÍNICO (Fármaco desconocido)		
57	ABACAVIR GENÉRICO	ABCg	Genérico
58	ABACAVIR/ LAMIVUDINA GENÉRICO	ABCg/ 3TCg	Genérico
59	EFAVIRENZ/ TENOFOVIR-DF/ EMTRICITABINA GENÉRICO	EFVg/ TDFg/ FTCg	Genérico
60	LAMIVUDINA/ ZIDOVUDINA GENÉRICO	3TCg/ AZTg	Genérico
61	TENOFOVIR ALAFENAMIDA	TAF	Vemlidy
62	BICTEGRAVIR/ TENOFOVIR ALAFENAMIDA/ EMTRICITABINA	BIC/ TAF/ FTC	Biktarvy
63	DARUNAVIR/ COBICISTAT/ TENOFOVIR ALAFENAMIDA/ EMTRICITABINA	DRV/ COBI/ TAF/ FTC	Symtuza
64	DOLUTEGRAVIR/ RILPIVIRINA	DTG/ RPV	Juluca
65	DORAVIRINA/ TENOFOVIR-DF/ LAMIVUDINA	DOR/ TDF/ 3TC	Delstrigo
66	RILPIVIRINA INTRAMUSCULAR	RPV LA	

Ejemplo para introducir un ensayo clínico: ¿Cómo introduciríamos la siguiente pauta?

Imaginamos un paciente en un ensayo clínico que compara TDF/FTC/EFV frente a TDF/FTC/RPV. Desconocemos si el paciente está aleatorizado a la rama de EFV o a la rama de RPV. La forma de introducir los datos en el aplicativo sería en 2 filas, una con TDF/FTC para indicar la parte de la pauta que conocemos y otra con ENSAYO CLINICO (Fármaco desconocido) para indicar el 3º fármaco que desconocemos.

En la columna de Vida real/ Ensayo en ambos casos marcaremos ensayo

NOTA IMPORTANTE: En el momento en el que se “abre” el ciego y conocemos la parte de la pauta desconocida, DEBEMOS sustituir ENSAYO CLINICO (Fármaco desconocido) por el fármaco correspondiente, en nuestro ejemplo, por EFV o RPV, según corresponda. Y la columna de Vida Real/Ensayo, la dejaremos tal y como está(En ensayo)

Otros Fármacos

Se activará si se ha seleccionado la opción de otros en el apartado anterior

Motivo Fin:

Indicar el motivo por el que se interrumpe cada medicamento, con la siguiente codificación:

Código	Motivo fin
1	Fallo tratamiento con/sin resistencias
2	Toxicidad/efectos adversos
4	Simplificación
5	Abandono por el paciente
6	Entrada en ensayo clínico
8	Otras causas
9	No se sabe
11	Embarazo
12	Interacciones
13	Coste
14	Prevención de toxicidad

Otros Motivo fin:

Se activará si se ha seleccionado **8. “Otras causas”** en el apartado anterior

Efectos Adversos

Cuando el motivo de fin sea **2. “Toxicidad efectos secundarios”**, deberéis especificar cuál ha sido el efecto adverso:

Código	Efecto Adverso
1	Óseo
2	Gastrointestinal
3	Hepático
4	Neuropsiquiátrico
5	Renal
6	Dermatológico
7	Otro
8	Desconocido

Otros Efectos Adversos:

Se activará cuando el Efecto Adverso sea **7. “Otro”**

NOTA ACLARATORIA:

Siempre que sea posible, los fármacos se registrarán según nombre comercial.

Por ejemplo, si el paciente está tratado con ATRIPLA, se grabará el código 31, pero si está tratado con SUSTIVA+TRUVADA se grabarán dos registros de fármacos con los códigos 8 y 26.

INFORMACIÓN DE COMEDICACIÓN

Se consideran “comedicación” aquellos fármacos que se están tomando durante 6 ó más meses

Nos encontraremos con 9 grandes grupos de los que de cada fármaco se recoge la fecha de inicio y fecha de fin.

codTipoComedicacion	codFarmaco	farmaco
1 Fármacos SNC	1	Antipsicóticos
	2	Antidepresivos
	3	Ansiolíticos
	4	Hipnóticos/sedantes
	5	Antiparkinsonianos
	6	Anticonvulsivantes
	7	Antimigrañosos
	8	Opioides como tratamiento del dolor
	9	Metadona como tratamiento crónico sustitutivo
2 Inmunosupresores	10	Corticoides
	11	Medicación antirechazo
	12	Otros Inmunosupresores
3 Fármacos Cardiovasculares y Renales	13	Antihipertensivos no betabloqueantes
	14	Antiarrítmicos no beta bloqueantes
	15	Betabloqueantes
	16	Tratamiento antiisquemia cardíaca
	17	Diuréticos
	18	Fármacos antiproteinúricos
	19	Antiagregantes
	20	Anticoagulantes
	21	Hipolipemiantes
	22	Fármacos frente a la disfunción eréctil
4 Antidiabéticos y otros fármacos endocrinológicos	23	Orales
	24	Insulina
	25	Antitiroideos
	26	Suplementos tiroideos
5 Salud ósea y articular	27	Calcio
	28	Vitamina D
	29	Fármacos frente a osteoporosis
	30	Fármacos frente a gota e hiperuricemia
	31	Antiinflamatorios

codTipoComedicacion	codFarmaco	farmaco
6 Salud bronquial y pulmonar	32	Broncodilatadores
7 Fármacos relacionados con la salud digestiva	33	Inhibidores de la bomba de protones
	34	Otros antiácidos
8 Antineoplásicos (incluidos tratamientos hormonales antineoplásicos)	35	Antineoplásicos
9 Antimicrobianos	36	Antibacterianos
	37	Antivirales diferentes del VIH
	38	Anti fúngicos
	39	Antiparasitarios

PRESIÓN ARTERIAL

Medición de presión arterial

Se recogerá las mediciones de presión arterial sistólica y diastólica desde la fecha de inclusión y durante el seguimiento

Unidades:

Se recogerán las unidades de las mediciones con los siguientes códigos

Código	Unidades
1	mmHg
2	cmHg
3	Kpa

Hipertensión arterial

Se recogerá si presenta hipertensión arterial (HTA) con su fecha de evaluación, desde la fecha de inclusión y durante el seguimiento.

Se considera que un sujeto presenta HTA si se dan alguno de estos 3 factores

- _ PA sistólica ≥ 140 mmHg
- _ PA diastólica ≥ 90 mmHg
- _ está tomando medicación antihipertensiva

TABACO Y ALCOHOL

Consumo de Tabaco

Se recogerá el consumo de tabaco en el momento de la inclusión, y se registrará, con su fecha, todos los cambios que se produzcan.

¿Fuma actualmente?

Código	¿Fuma actualmente?
1	Fumador diario
2	Fumador ocasional
3	Ex - fumador
4	No fumador

Número de cigarrillos día

Se activará en el caso de que se marque la opción “Fumador diario”.

Número de cigarrillos a la semana

Se activará en el caso de que se marque la opción “Fumador ocasional”.

Edad empezó a fumar

Se activará en el caso de que se marque las opciones “Fumador diario” o “Fumador ocasional” o “Ex fumador”.

Edad dejó de fumar

Se activará en el caso de que se marque la opción “Ex Fumador”.

Consumo de Alcohol

Se recogerá el consumo de alcohol semanal en el momento de la inclusión, y se registrará, con su fecha, todos los cambios que se produzcan.

Consumo de alcohol semanal

Se recogerá en número de Unidades de Bebida alcohólica, que consume a diario, multiplicadas por 7

Para el cálculo de las U.B.E.:

- _ No beber= 0 UBE
- _ 1 cerveza =1 UBE
- _ 1 copa de vino = 1 UBE
- _ 1 copa de licor = 2 UBE
- _ 1 cubata = 2 UBE

USO DE DROGAS

Uso de drogas inyectadas

Se recogerá el uso de drogas inyectadas y se registrará, con su fecha, todos los cambios que se produzcan.

Edad de inicio de consumo de drogas inyectadas

Edad en la que por primera vez se inyectó drogas.

Consumo de drogas inyectadas en la actualidad

Se recogerá desde la inclusión y durante el seguimiento si consume drogas (Si/no), y cada vez que se modifique esta situación, con la fecha de evaluación.

Frecuencia de consumo de drogas inyectadas en el último mes

Se activaría cuando consume drogas inyectadas y las respuestas presentan los códigos de la tabla

Código	Consumo de drogas inyectadas
1	Diario
2	Varios días por semana
3	Un día por semana o menos

Edad de último consumo de drogas inyectadas

Se activaría si marca dejó de consumir drogas inyectadas

INFORMACIÓN DE FIN DE SEGUIMIENTO

Fin de seguimiento:

Los pacientes sólo se dan de baja de la base de datos por dos motivos: éxitus o traslado a otro centro no perteneciente a CoRIS. De esta manera se da la oportunidad de continuar el seguimiento en el momento en que el paciente vuelve a la consulta, independientemente del tiempo transcurrido desde la visita anterior.

Consignar:

Motivo de fin de seguimiento y la fecha

Causa fundamental y causas contribuyentes del fallecimiento, literales.

En el caso de traslado y de conocer el centro al que se deriva, en el campo

“Lugar de traslado” detallar el hospital al que se traslada.

[Volver al índice](#)

2. MÓDULO DE EVENTOS NO SIDA (Satélite ENOS)

Se incluirá información sobre todos los eventos ocurridos desde la inclusión del paciente en la cohorte y durante su seguimiento, con la fecha de ocurrencia del evento (mes/año).

Se recoge información sobre los siguientes grupos de eventos:

- Eventos cardiovasculares
- Eventos renales
- Eventos hepáticos
- Neoplasias
- Eventos óseos
- Eventos neuropsiquiátricos
- Eventos metabólicos
- Otros eventos: Leishmaniasis; neumonía

EVENTOS CARDIOVASCULARES

Los eventos sobre los que se van a recoger datos son: eventos coronarios (infarto agudo de miocardio, angina, muerte de posible etiología coronaria, y enfermedad coronaria asintomática), eventos vasculares cerebrales (accidente isquémico transitorio, déficit isquémico reversible, ictus establecido y enfermedad cerebrovascular asintomática), enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar primaria y endocarditis.

Para todos los eventos cardiovasculares, se recogerán el mes y el año y dependiendo del evento se recogerá algún dato más

Infarto agudo de miocardio

Se recogerá como **infarto agudo de miocardio** si cumple alguno de los 4 siguientes criterios:

1. ECG diagnóstico
2. Síntomas típicos o atípicos+ ECG probable + elevación de enzimas
3. Síntomas típicos + elevación de enzimas + ECG con signos de isquemia, o no codificable, o no disponible.
4. Casos fatales con apariencia a simple vista de IAM reciente y/o oclusión coronaria reciente en necropsia

Definiciones:

- ECG diagnóstico:
 - (a) aparición de ondas Q. Si la onda es equívoca, debe acompañarse de alteraciones en el segmento ST o en la onda T. Todos estos cambios deben acompañarse de una progresión en la onda T en 3 o más derivaciones;
 - b) elevación del segmento ST que dura más de 24 horas y una progresión en la onda T en 3 o más derivaciones)
- ECG probable:
 - a) No descenso importante del segmento T en un registro y sí en el otro;
 - b) No elevación importante del ST en un registro y sí en el otro;
 - c) No inversión importante de la onda T en un registro y sí en el otro
- ECG con signos de isquemia: corresponde a anomalías en el ECG sin evolución.

- ECG no codificable: por razones técnicas o alteraciones intrínsecas de la conducción/ arritmias.

- Elevación enzimas cardíacas:

Incluyen la creatin fosfoquinasa (CK) (y la isoenzima MB de la CK), LDH, troponina T específica cardíaca y troponina I específica cardíaca.

La documentación de elevación de amino-transferasas también se acepta.

- Síntomas típicos:

Los síntomas son típicos cuando el dolor torácico está presente y caracterizado por:

- Dolor torácico opresivo o angina de pecho (cualquier sinónimo para el dolor es aceptable por ejemplo la “presión”, el “discomfort”)
- Duración de más de 20 minutos,
- Ninguna causa definitiva cardíaca no-aterosclerótica o no-cardíaca.

- Síntomas atípicos: cuando los síntomas no son típicos pero existen

- Dolor atípico: El dolor atípico suele ser de corta duración o intermitente, con una duración inferior a 20 min cada episodio, o en una localización inusual (abdomen superior, brazos, mandíbula, cuello)
- Insuficiencia aguda ventricular izquierda
- Shock
- Síncope
- y no existe otra enfermedad subyacente excepto cardiopatía isquémica
- y no existe ninguna causa definitiva cardíaca no-aterosclerótica o no-cardíaca

Diagnóstico:

Se recogerá si es un diagnóstico definitivo o un probable infarto.

Características del infarto:

Código	Características
1	Transmural (ondas q en ECG)
2	No transmural (no ondas q)
3	Desconocido

Coronariografía:

Se marcarán el número de vasos con estenosis

Código	Coronariografía
1	No hecha
2	1 vaso
3	2 vasos
4	3 vasos
5	>3 vasos
6	Sin información

Clasificación Killip:

Código	Clasificación Killip
1	Killip I (no signos ni síntomas de insuficiencia cardiaca izda)
2	Killip II (crepitantes ó 3er ruido ó ingurgitación yugular)
3	Killip III (edema agudo de pulmón)
4	Killip IV (shock cardiogénico)
5	Sin información

Angina

Síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, como dolor o presión torácica, dolor en mandíbula o dolor en brazo. Por lo general el dolor dura menos de 20 minutos. Debe haber cambios en el ECG que confirmen de forma objetiva isquemia miocárdica, como depresión de al menos 0.5 mm del segmento ST o inversión de la onda T de al menos 1 mm en 2 ó más derivaciones contiguas

Añadir fecha de la angina.

Enfermedad coronaria asintomática

Evidencia inequívoca de enfermedad coronaria en la angiografía sin infarto, angina o muerte de posible etiología coronaria.

Añadir fecha de diagnóstico.

Muerte de posible etiología coronaria

Síntomas típicos, atípicos o insuficientemente descritos y una historia previa de enfermedad coronaria o evidencia de enfermedad coronaria en la autopsia.

Añadir fecha de muerte.

Accidente isquémico transitorio

Episodios de pérdida de función focal neurológica debidos a isquemia de un territorio cerebral que dura menos de 24 horas.

Añadir fecha del accidente isquémico.

Déficit isquémico reversible

Disfunción cerebral focal de más de 24 horas de duración con recuperación posterior.

Añadir fecha.

Ictus establecido

Déficit neurológico que persiste más de 24 horas.

Añadir fecha de ictus.

Tipo de ictus: Se añadirá la información del tipo codificada como 'Isquémico' o 'Hemorrágico'

Enfermedad cerebrovascular asintomática

Pacientes generalmente con factores de riesgo en los que en estudios de neuroimagen, se descubren lesiones cerebrales isquémicas que no han producido clínica (infartos silentes). Podría englobarse en este grupo aquellos pacientes que presentan en la TC/RM cerebral hipodensidad de sustancia blanca (leucoaraiosis).

Añadir fecha de diagnóstico.

Enfermedad arterial periférica

Se recogerá como **enfermedad arterial periférica** si cumple alguno de los 2 siguientes criterios:

- a) Claudicación intermitente, u otras manifestaciones clínicas características, en ambos casos junto a evidencia objetiva de enfermedad arterial periférica obtenida mediante un valor del índice tobillo-brazo (ABI) en reposo inferior a 0,9, o bien mediante ecografía dúplex, angio-RNM, angio-TAC o cine-angiografía.
- b) Ha sido sometido a revascularización arterial o amputación por enfermedad arterial periférica

Definiciones de los síntomas clínicos de enfermedad arterial periférica:

- Claudicación intermitente: dolor de los miembros inferiores que de suficiente intensidad que obligue a detener la marcha, que es causado por el ejercicio y se alivia con el reposo
- Otras manifestaciones clínicas características de enfermedad arterial periférica: dolor en miembros inferiores en reposo, síndrome del pie azul, úlceras que no cicatrizan o gangrena focal (estas manifestaciones generalmente indican un estadio más avanzado de enfermedad arterial periférica)

Añadir fecha de diagnóstico.

Síntomas: Indicar si hay presencia de alguno de estos síntomas

- Claudicación intermitente;
- Índice tobillo-brazo (ABI) patológico (menor de 0.9);
- Otros hallazgos clínicos (revascularización arterial o amputación previa)
- Ninguno
- Sin información

Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico en el que los pacientes presentan las siguientes características:

- Síntomas típicos de insuficiencia cardíaca (falta de aire en reposo o durante el ejercicio, fatiga, cansancio, inflamación de tobillos), y
- Signos típicos de insuficiencia cardíaca (taquicardia, taquipnea, estertores pulmonares, derrame pleural, elevación de la presión yugular venosa, edema periférico, hepatomegalia), y
- Evidencia objetiva de una anomalía estructural o funcional del corazón en reposo (Cardiomegalia, tercer sonido, soplos cardiacos, anomalías electrocardiográficas, concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos)

Añadir fecha de diagnóstico.

Estadios: Indicar el estadio utilizando esta clasificación

- Estadio II de la NYHA (leve limitación para las actividades físicas ordinarias, como palpitaciones o disnea, sin disnea en reposo)
- Estadio III de la NYHA (marcada limitación para las actividades físicas ordinarias, sin disnea en reposo)
- Estadio IV de la NYHA (disnea en reposo)
- Sin información

Hipertensión Pulmonar primaria

Se define como una presión arterial pulmonar media ≥ 25 mm Hg, presión capilar pulmonar enclavada en reposo o presión del ventrículo izquierdo al final de la diástole < 15 mm Hg y una distancia de recorrido en 6 minutos menor de 450 m. Su origen será idiopático.

Añadir fecha de diagnóstico.

Endocarditis

Añadir fecha de diagnóstico.

Localización: Indicar localización de la endocarditis (derecha/izquierda).

Etiología: Indicar etiología de la endocarditis codificada como

- Staphylococcus aureus
- Staphylococcus viridans
- Candida sp
- Otro (en tal caso especificar cuál)
- Ninguna
- Sin información

EVENTOS RENALES

Para todos los eventos renales se anotará el resultado de la biopsia renal. Si no ha sido realizada anotar "No realizada".

Insuficiencia renal aguda

Elevación de la creatinina plasmática igual o superior a 0.3 mg/dL (26.5 μ mol/L) en 48 horas, o un incremento igual o superior al 50% (x 1.5) de su valor basal en un período de 7 días, o una diuresis inferior a 0.5 mL/kg/h en 6 horas.

Añadir fecha de diagnóstico.

Enfermedad renal crónica

Se define por la presencia de una disminución del filtrado glomerular (FG) (< 60 mL/min/1,73 m²) o de lesión renal (presencia de proteinuria, albuminuria, alteraciones histológicas en la biopsia, en el sedimento urinario o en técnicas de imagen) que persiste durante más de tres meses. Añadir fecha de diagnóstico.

- El FG se calculará con la ecuación CKD-EPI o MDRD
- La proteinuria por encima de la excreción fisiológica máxima es un marcador de enfermedad renal, a menudo más precoz que el descenso del FG. Según la cantidad se clasifica en microalbuminuria, proteinuria no nefrótica y proteinuria nefrótica.

El espécimen de elección es una orina aleatoria, de preferencia la primera de la mañana, ya que ha mostrado una buena correlación y concordancia con los valores obtenidos en orina de 24 horas, a excepción de la proteinuria de rango nefrótico ($>3,5$ g/día) dónde el espécimen recomendado es la orina de 24 horas.

Proteinuria (en orina “aleatoria”):

- a) concentración de proteínas >10 mg/dl, ó
- b) concentración de albúmina (macroalbuminuria) >300 mg/L (equivalente a >300 mg/1000 ml), ó
- c) Cociente proteínas/creatinina (*) >150 g/g, ó
- d) Cociente albúmina/creatinina (**) (macroalbuminuria) >300 mg/g

Microalbuminuria (en orina “aleatoria”):

- a) Concentración >30 mg/L (equivalente a >30 mg/1000 ml)
- b) Cociente albúmina/creatinina (**) >30 mg/g

(*) Cociente urinario de proteínas/creatinina (CPC)

Los resultados se expresan en mg/mg o g/g y el resultado equivaldría al obtenido en la medición de proteinuria en orina de 24 horas. Por ejemplo, si en una muestra encontramos proteinuria de 210 mg/dl (ó 2.1 g/L) y creatinina de 43 mg/dl (ó 0.43 g/L), el cociente resultante es 4.9, que equivaldría a una excreción de proteínas en orina de 24 horas de 4.9 g/1.73 m².

El CPC se considera:

Normal: si es <150 .

Indicador de proteinuria: si es ≥ 150 .

(**) Cociente urinario de albúmina/creatinina (CAC)

El CAC se expresa generalmente como mg de albumina por gramo de creatinina.

Así, en una muestra con albuminuria de 12 mg/dl (120 mg/L) y creatinina de 40

mg/dl (0,40 g/L) el cociente será 300 mg/g y equivaldría a 300 mg de albuminuria/24 h.

El CAC se considera:

Normal: si es <30.

Indicador de microalbuminuria: si está comprendido entre 30 y 299.

Indicador de macroalbuminuria (“proteinuria”): si es ≥ 300 .

Estadios: Se recoge estadio y se clasifica en 5 estadios en relación con el descenso del FG.

- Daño renal con $FG \geq 90$ ml/min
- Daño renal con leve descenso del FG: $FG = 60-89$ ml/min
- Descenso moderado del FG: $FG = 30-59$ ml/min
- Descenso grave del FG: $FG = 15-29$ ml/min
- Insuficiencia renal terminal: $FG < 15$ ml/min
- Sin información

Marcador: Se activa cuando el estadio es “Daño renal con $FG \geq 90$ ml/min.”

Presenta las siguientes opciones de respuesta

- Proteinuria con rango nefrótico (> 3.5 mg/día)
- Proteinuria con rango no nefrótico
- Microhematuria
- Desconocido

Tubulopatías/Síndrome de Fanconi

Se considerará que existe tubulopatía proximal ante la presencia de ≥ 3 marcadores de tubulopatía. Uno de ellos debe ser uno de los criterios considerados definitorios de síndrome de Fanconi (glucosuria con glucemia normal, hiperaminoaciduria o hiperfosfaturia)

Añadir fecha de diagnóstico.

Marcadores

- Hipofosfatemia (P sérico $< 2,7$ mg/dL) o fosfaturia > 1200 mg/día o reabsorción fraccional tubular de fosfatos $[1 - \{(P \text{ orina} \times \text{creatinina plasma}) / (P \text{ plasma} \times \text{creatinina orina})\}]$ menor de 0,82]
- Proteinuria (al menos 1+)
- Glucosuria (al menos 1+ con glucosa sérica normal)

- Acidosis metabólica (bicarbonato < 23 mEq/L)
- Hipopotasemia (K < 3 mEq/L)
- Diabetes insípida nefrogénica
- Hiperaminociduria (cualquier aminoácido en la orina con la excepción de histidina, glicina y serina)
- Hipouricemia (< límite inferior) o excrección fraccional de ácido úrico [$\frac{\text{ácido úrico orina} \times \text{creatinina plasma}}{\text{creatinina orina} \times \text{ácido úrico plasma}} \times 100$] mayor del 15%
- Ninguno
- Sin información

Nefrolitiasis sintomática

Episodio de cólico renoureteral, definido como dolor agudo lumbar con/sin síndrome miccional acompañado de la expulsión de piedras o de hematuria, en ausencia de signos de infección, o visualización de litiasis renal por métodos de imagen.

Añadir fecha de diagnóstico.

Inicio de hemodiálisis o diálisis peritoneal

Añadir fecha de inicio en hemodiálisis.

Trasplante renal

Añadir fecha de trasplante.

EVENTOS HEPÁTICOS

Para todos los eventos hepáticos se recogerá, además de la fecha, la siguiente información:

Clasificación de Child-Pugh.

Se codificará basándose en los criterios contenidos en la tabla inferior:

CLASIFICACIÓN DE LA CIRROSIS HEPÁTICA DE CHILD-PUGH			
Pugh RN, Murray- Lyon MI, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973; 60: 646- 649.			
	1 punto	2 puntos	3 puntos
Bilirrubina (mg/dl)	<2	2- 3	>3
Albúmina (g/l)	>35	30- 35	<30
Ascitis	No	Fácil de controlar	Difícil de controlar
Encefalopatía (grados)	0	I- II	III- IV
Tiempo de protrombina	>50%	30- 50%	<30%
Grupo A: 5- 6 puntos. Buen pronóstico			
Grupo B: 7- 9 puntos. Pronóstico intermedio			
Grupo C: 10- 15 puntos. Mal pronóstico			

Varices esofágicas

Se recogerá la presencia de varices esofágicas.

Loes Hepáticas

Se recogerá la presencia de Loes hepáticas.

Hipertensión Portal

Se recogerá la presencia de Hipertensión Portal.

Enolismo

Para todos los pacientes se recogerá la presencia o no de este factor de riesgo asociado con la ingesta de alcohol. Se considera enolismo, la ingesta diaria de alcohol superior a 50 g en la mujer y 70 g en el hombre.

Insuficiencia hepática/cirrosis

Alteración grave de la síntesis hepática (albúmina < 3,5 mg/dl, y/o fibrinógeno < 180 mg/dl y/o actividad de protrombina < 50% en ausencia de otra causa) e hipertensión portal evaluada con los hallazgos de la ecografía (esplenomegalia, circulación colateral o ascitis) o endoscopia (varices esofágicas o gastropatía hipertensiva) o por medición directa (gradiente mínimo de presión venosa hepática de 6 mm Hg), o historia de encefalopatía hepática en un paciente con hepatopatía crónica conocida, en ausencia de otras causas que la justifiquen.

Ascitis

Presencia de líquido en cavidad peritoneal, visualizado por pruebas de imagen (ecografía, TAC, RNM...) o confirmado mediante paracentesis en un paciente con hepatopatía crónica conocida, en ausencia de otras causas que la justifiquen.

Hemorragia digestiva por varices esofágicas

Episodio de hematemesis o melenas con evidencia endoscópica de varices esofágicas y signos de sangrado reciente.

Encefalopatía hepática

Alteraciones mentales (generalmente depresión del sistema nervioso central) con datos compatibles (p.ej. asterixis, hiperamoniemia, EEG, etc) en un paciente con hepatopatía crónica. Deben haberse descartado otras causas de enfermedad neurológica.

Trasplante hepático

Haber sido receptor en un trasplante hepático.

NEOPLASIAS

Se recogerá el tipo de neoplasia y la fecha de diagnóstico. Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará "Otros" y recogerá la tipología en el cuadro de texto que se habilitará.

Tipo de Neoplasia

Código	Especificación
1	Angiosarcoma
2	Anal
3	Colon
4	Mama
5	Próstata
6	Pulmón
7	Recto
8	Vesical
9	Leucemia
10	Linfoma de Hodgkin
11	Melanoma maligno

12	Mieloma múltiple
13	Cerebro (no linfoma)
14	Estómago
15	Hígado
16	Riñón
17	Útero (NO CERVIX)
18	Otras (literal)
20	Seminoma
21	Huesos
22	Displasia cervical/carcinoma in situ (grado 2 o más)
23	Laringe
24	Esófago
25	Labio
26	Ovario
27	Páncreas
28	Pene
29	Displasia Anal (Grado dos o más)

Estadio TNM (excepto Linfomas de Hodgkin)

- Tumor Primario (T)

Código	Especificación
TX	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)
T1, T2, T3, T4	Tamaño y/o extensión del tumor primario

- Ganglios linfáticos regionales (N)

Código	Especificación
NX	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales

Código	Especificación
N0	No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer en los ganglios linfáticos)
N1, N2, N3	Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación)

- Metástasis distante (M)

Código	Especificación
MX	No es posible evaluar una metástasis distante
M0	No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)
M1	Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

Tipo Linfoma (solo para linfomas de Hodgkin)

Código	Tipo
1	Esclerosis nodular
2	Predominio linfocítico
3	Celularidad mixta
4	Depleción linfocítica

Estadio Linfoma (solo para linfomas de Hodgkin)

Código	Especificación
Estadio I	Afectación de una sola región ganglionar, o afectación localizada de un solo órgano o localización extralinfática.
Estadio II	Afectación de dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma, o afectación localizada de un solo órgano o localización extralinfática (E) y su ganglio o ganglios regionales con o sin afectación de otras regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma.
Estadio III	Afectación de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma, que puede acompañarse también de afectación localizada de un órgano o localización extralinfática asociada, o de afectación de bazo (S) o ambas (E+S).
Estadio IV	Afectación diseminada de uno o más órganos extralinfáticos, con o sin afectación ganglionar asociada, o afectación extralinfática aislada con

Código	Especificación
	afectación ganglionar a distancia. La afectación de médula ósea implica un estadio IV.

EVENTOS ÓSEOS

Para cada evento óseo se recogerá su causa o descripción:

Código	Descripción o causa
1	Caída casual
2	Accidente
3	No traumática
4	desconocido

Fractura vertebral

El diagnóstico es clínico y radiológico. Las reducciones de altura < 20% no se considerarán fractura.

Además de la causa y la fecha de fractura se recogerá:

Localización

Código	Localización
1	Dorsal
2	Lumbar
3	Cervical
4	Desconocido

Severidad

Código	Severidad
1	Grado 1 (20-25%)
2	Grado 2 (25-40%)
3	Grado 3 (>40%)
4	Desconocido

Fractura no vertebral

Pérdida de continuidad del hueso con o sin separación de los fragmentos.

Además de la causa y la fecha de fractura se recogerá:

Localización

Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará “Otra” y recogerá la localización en el campo “Otra localización”.

Código	Localización
1	Cadera
18	Carpiana
13	Clavicular
126	Codo
111	Costal
114	Coxígea
11	Craneal
16	Cubital
128	Escápula
112	Eternal
124	Facial
110	Falanges
116	Femoral
127	Hombro
15	Humeral
21	Menisco
19	Metacarpiana
121	Metatarso
2	Muñeca
123	Nasal
119	Peronéa
17	Radial
117	Rotuliana
113	Sacra
120	Tarso
118	Tibial
122	Tobillo
3	Otras
4	Desconocida no vertebral

Necrosis ósea avascular

Se establecerá el diagnóstico cuando se cumpla uno de los 2 siguientes criterios:

a) Síntomas clínicos y/o signos compatibles en la radiología simple (línea de fractura subcondral y/o esclerosis en banda en ausencia de pinzamiento de interlínea articular) junto a hallazgos característicos en la RMN (imagen en banda de baja intensidad en T1) o en la gammagrafía ósea (area de baja captación rodeada de un área hipercaptante “patrón cold in hot), o

b) Hallazgos característicos en la histología.

Además de la causa y la fecha de diagnóstico se recogerá:

Localización

Código	Localización
1	Única
2	Bilateral
3	2 áreas de diferente localización
4	>2 áreas de diferente localización
5	desconocida

Área de Localización

Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará “Otra” y recogerá la localización en el campo “Otra localización”.

Código	Área
1	Cadera
2	Hombro
3	Huesos del pie
4	Rodilla
5	Muñeca
6	Otro
7	Desconocido

EVENTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Para todos los eventos neuropsiquiátricos se anotarán los factores predisponentes.

Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará “Otros” y los recogerá en la variable “otros”.

Factores predisponentes

Código	Factor
1	Dependencia de otros tóxicos
2	Otros
3	Desconocido

Depresión grave que requiere tratamiento

El diagnóstico debe haber sido establecido por un psiquiatra.

Se añadirá la fecha del diagnóstico.

Intento de suicidio/Suicidio

Se añadirá la fecha del intento.

Psicosis

Diagnóstico establecido por un psiquiatra.

Se añadirá la fecha del diagnóstico.

Tipo de Psicosis

Código	Factor
1	Esquizofrenia
2	Trastorno maníaco depresivo/bipolar
3	Psicosis delirante
4	Otras
5	Desconocida

Demencia

El paciente debe cumplir los siguientes criterios (todos):

- Marcado empeoramiento adquirido en el funcionamiento cognitivo con alteración en ≥ 2 dominios neurocognitivos (atención/memoria de trabajo, velocidad del procesamiento de la información, memoria verbal, aprendizaje, fluencia verbal, funciones ejecutivas y función motora) con ≥ 2 SD debajo de la media (puntuaciones estandarizadas y ajustadas por edad, sexo y nivel de educación, de acuerdo a la existencia de datos normativos) (+)
- Marcada interferencia con las actividades de la vida diaria incluidas en el trabajo, tareas del hogar y actividades sociales evaluadas a través del propio sujeto o de medidas objetivas estandarizadas

- El empeoramiento cognitivo está presente desde hace al menos un mes
- No cumple criterios para diagnosticar delirio
- No existe otra causa que lo justifique

Se recomienda realizar una prueba de screening (p.ej. *HIV Dementia Scale*) y si está alterada solicitar una exploración neuropsicológica completa que debe ser realizada por un profesional especializado, usando una batería de pruebas neuropsicológicas validadas y estandarizadas (consultar pruebas de screening y neuropsicológicas en las Guías de

GESIDA <http://www.gesidaseimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2013-ManejoclinicodelasalteracionesNC.pdf>)

Se añadirá la fecha del diagnóstico.

EVENTOS METABÓLICOS

Diabetes Mellitus

Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl o glucemia ≥ 200 mg/dl tras prueba de sobrecarga oral de glucosa

Tratamiento

Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará "Otros" y los recogerá en la variable "otros".

Código	Factor
1	Antidiabéticos orales
2	Insulina
3	Otros
4	Ninguno

Acidosis Láctica

Lactato mayor de 5 mmol/L y pH < 7.34 y/o bicarbonato sérico < 18 mmol/L

OTROS EVENTOS

Leismaniasis

Tipo

Código	Tipo
1	Visceral
2	Cutánea
3	Desconocido

Neumonía (excluyendo P. Jiroveci)

Adquisición

Código	Tipo
1	Adquirida en la comunidad
2	Nosocomial
3	Desconocido

Etiología

Si no estuviera entre los códigos, el investigador marcará “Otros” y los recogerá en la variable “otros”.

Código	Tipo
1	Neumocócica
2	Bacteriana no neumocócica
3	Vírica (incluyendo influenza)
4	Otra
5	Desconocida

[Volver al índice](#)

3. MÓDULO DE HEPATITIS (Satélite HEPATITIS)

Las variables que se recogen en el satélite son adicionales a las que se recogen como parte del corazón de CoRIS, de forma que la información sobre serologías y vacunas de hepatitis está dividida entre el corazón y este satélite.

VIRUS DE LA HEPATITIS A

Anticuerpos:

Resultado de la serología frente a hepatitis A. En cada marcador las opciones serán: Positivo /negativo /desconocido.

Fecha: Fecha en que se recogió la muestra en la que se determinaron dichos anticuerpos, en formato fecha dd/mm/aaaa.

Vacuna: Si el paciente se ha vacunado frente a hepatitis A, con las opciones Sí/No/desconocido.

Fecha: En caso de un paciente no vacunado, fecha en la que consta la ausencia de vacuna. En caso de paciente sí vacunado, fecha en la que se vacunó al paciente.

VIRUS DE LA HEPATITIS B

Genotipo: Genotipo del virus B, siendo las opciones: a, b, c, d, e, f, g, h.

Subtipo: Subtipo del virus B, siendo las opciones: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Carga Viral: Resultado en número de la carga viral. Si es indetectable poner un "0".

Unidades: Unidades de la carga viral, siendo las opciones UI/mL y Copias/mL

Fecha: Fecha en que se recogió la muestra en la que se determinó esta carga viral, en formato fecha dd/mm/aaaa.

VIRUS DE LA HEPATITIS D

Anticuerpos: Resultado de la serología frente a hepatitis D. En cada marcador las opciones serán: Positivo /negativo /desconocido.

Fecha: Fecha en que se recogió la muestra en la que se determinaron dichos anticuerpos, en formato fecha dd/mm/aaaa.

VIRUS DE LA HEPATITIS C

Infección por 2 genotipos: Si el paciente presenta coinfección por más de un tipo/subtipo. Las opciones son “Sí”, “No” y “Desc/NA”, que corresponde a desconocido/no aplica. Por defecto aparece la tercera opción.

Genotipo: Genotipo del virus C, siendo las opciones: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Subtipo: Subtipo del virus C, siendo las opciones: de “a” a “h” y opciones para subtipos que no se han podido definir completamente “a/b”, “a/c”, “c/d”.

Genotipo virus 2: En los pacientes que presentan coinfección por más de un tipo/subtipo, se activa la opción de rellenar el genotipo del segundo virus C. Las opciones son iguales: de “1” a “12”.

Subtipo virus 2: En los pacientes que presentan coinfección por más de un tipo/subtipo, se activa la opción de rellenar el subtipo del segundo virus C. Las opciones son de “a” a “h” y opciones para subtipos que no se han podido definir completamente “a/b”, “a/c”, “c/d”.

¿Fue tratado de VHC antes de la inclusión en CoRIS?: Si el paciente fue tratado de VHC antes de la inclusión en CoRIS. Las opciones son “Sí”, “No” y “Desc/NA”, que corresponde a desconocido/no aplica.

¿En qué año?: Año en el que el paciente fue tratado de VHC.

Carga Viral: Resultado en número de la carga viral. Si es indetectable poner un “0”.

Unidades: Unidades de la carga viral, siendo las opciones UI/mL y Copias/mL

Fecha: Fecha en que se recogió la muestra en la que se determinó esta carga viral, en formato fecha dd/mm/aaaa.

Resultado IL28B: Si se ha determinado la IL28B en el paciente, cuál ha sido el resultado: “CC” “CT” “TT”.

Para aquellos laboratorios que solo determinan si el paciente es “CC” o “no CC”, se ha incluido una nueva opción “TT o CT”, aunque sólo deberá marcarse esta cuando no sea posible discriminar entre estas dos.

RESULTADOS DE ELASTOMETRÍA (FIBROSCÁN)

Si se le ha realizado un fibroscán al paciente, se solicita la fecha, el resultado, el rango intercuartílico y la tasa de éxito.

Fecha: Fecha en la que se ha realizado el Fibroscán.

Rigidez (“Stiffness”): Es el valor (mediana) dado por el informe de resultados del fibroscán. Es un número con un decimal que debe estar entre 2.5 y 75.0.

IQR: Es el rango intercuartílico de la medición, tiene las mismas características que el valor de rigidez.

Tasa de éxito (“success rate”): Es un porcentaje y va de 0% a 100%.

TRATAMIENTOS

Se recogen aquí los tratamientos que haya recibido el paciente, tanto para VHC como para VHB. Para cada fármaco, se recogerá información de: nombre, fecha de comienzo, fecha de finalización, el motivo de cambio o interrupción, respuesta viral sostenida y fecha de respuesta viral sostenida.

Tratamiento: Los fármacos disponibles son los siguientes:

Virus	Codigo	Abreviatura	Farmaco	NombreComercial	GrupoTerapeutico
VHB	9	FTC	Emtricitabina	Emtriva	J05AF
VHB	11	3TC	Lamivudina	Epivir, Zeffix	J05AF
VHB	19	TDF	Tenofovir difumarato (TDF)	Viread	J05AF
VHC	100	RVB	Ribavirina	Rebetol	J05AB
VHC	101	peg-IFN	Interferón pegilado	Pegasys, Pegintron	L03AB
VHC	102	IFN α	Interferón-alfa	Roferon A, Introna	L03AB
VHB	103	ADV	Adefovir	Hepsera	J05AF
VHB	104	ETC	Entecavir	Baraclude	J05AF
VHB	105	Tebi	Telbivudina	Sebivo	J05AF
VHC	106	Tela	Telaprevir	Incivo	
VHC	107	Boce	Boceprevir	Victrelis	
VHC	109	Dac	Daclatasvir	Daklinza	
VHC	110	BI201335	BI201335		
VHC	111		Faldaprevir		
VHC	112	TMC435	Simeprevir (TMC435)	Olysio	
VHC	113		Asunaprevir		
VHC	114		Sofosbuvir	Sovaldi	
VHC	115		Dasabuvir	Exviera	
VHC	117		Ombitasvir, paritaprevir y ritonavir	Viekirax	
VHC	118		ABT-450/r/Ombitasvir		
VHC	119		Daclatasvir/Asunaprevir		
VHC	120		Ledipasvir/Sofosbuvir	Harvoni	
VHB	121	TAF	Tenofovir Alafenamida fumarato	Vemlidy	
VHB	122	TDF/FTC	Tenofovir/ Emtricitabina	Truvada	
VHB	123	TAF/FTC	Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina	Descovy	
VHC	124		Grazoprevir/elbasvir	Zepatier	
VHC	125		Sofosbuvir/velpatasvir	Epclusa	
VHC	126	GLE/PIB	Glecaprevir/Pibrentasvir	MAVIRET	
VHC	127	SOF/VEL/VOX	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	VOSEVI	

Virus	Codigo	Abreviatura	Farmaco	NombreComercial	GrupoTerapeutico
VHB	128	BIC/ TAF/ FTC	Bictegravir/ Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina	Biktarvy	
VHB	129	RPV/ TAF/ FTC	Rilpivirina/ Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina	Odefsey	
VHB	130	EVG/ COBI/ TAF/ FTC	Elvitegravir/ Cobicistat/ Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina	Genvoya	
VHB	131	DRV/ COBI/ TAF/ FTC	Darunavir/ Cobicistat/ Tenofovir Alafenamida/ Emtricitabina	Symtuza	
VHB	132	3TCg	Lamivudina Genérico	Genérico	
VHB	133	TDFg	Tenofovir-DF Genérico	Genérico	
VHB	134	TDFg/ FTCg	Tenofovir-DF/ Emtricitabina Genérico	Genérico	

Fecha Inicio: Fecha en la que se ha iniciado el tratamiento con el fármaco correspondiente, en formato fecha dd/mm/aaaa.

Fecha Fin: Fecha en la que se ha interrumpido el tratamiento con el fármaco correspondiente, en formato fecha dd/mm/aaaa.

Motivo Fin: Los motivos de cambio o interrupción disponibles son los siguientes:

código	nombre
0	Continua
1	Falta de eficacia virológica
2	Toxicidad/efectos secundarios
5	Abandono por el paciente
7	Decisión médica no especificada
8	Otras causas
9	No se sabe
11	Embarazo
12	Fin de tratamiento
14	Criterios relacionados con el VIH (simplificación TAR, resistencias u otras)

Respuesta Viral Sostenida: Los pacientes que han finalizado el tratamiento para el VHC deben completar esta información con: No, Si, Desconocido. Además, está disponible la opción No procede que debe seleccionarse en el caso de tratamientos para el VHB.

Fecha de RVS: Fecha en la que se ha valorado si el paciente ha tenido una Respuesta Viral Sostenida (RVS), en formato fecha dd/mm/aaaa.

[Volver al índice](#)

4. MÓDULO DE SEROCONVERTORES (Satélite de Seroconvertores)

Esta aplicación permite almacenar la documentación de los seroconvertores de la cohorte.

Consideramos seroconvertor a los pacientes en los que podemos estimar su fecha de seroconversión al VIH, debido a que tenemos la documentación de:

- El resultado del último test VIH negativo y del resultado del primer test VIH positivo, con un tiempo de diferencia entre ambos inferior a los 3 años.
- Un resultado Western Blot indeterminado para el diagnóstico de VIH y del resultado del primer test VIH positivo de un test confirmatorio.

Debéis identificar los seroconvertores de vuestro centro, y escanear las documentaciones que correspondan, generando un fichero independiente para cada prueba (admite cualquier formato).

Es muy importante eliminar cualquier identificación personal del paciente de la documentación (nombre, dirección etc.), pero que figure el código CoRIS y/o Historia clínica para poder verificar que el adjunto corresponde al paciente.

Fecha del primer VIH positivo documentado: Debe recogerse la fecha que figura en la documentación adjuntada en el campo “Documentos del primer VIH positivo”.

Documento del primer VIH positivo: Debe adjuntarse el documento del primer VIH positivo.

Fecha del último VIH negativo: Debe recogerse la fecha que figura en la documentación adjuntada en el campo “Documentos del último VIH negativo”.

Documento del último VIH negativo: Debe adjuntarse el documento del último VIH negativo.

Fecha del WB indeterminado: Debe recogerse la fecha que figura en la documentación adjuntada en el campo “Documentos del WB indeterminado”.

Documento del WB indeterminado: Debe adjuntarse el documento del WB indeterminado.

Año de actualización: Año en que se ha incorporado la información relativa a la seroconversión.

Observaciones: Añadir si hubiera algún comentario de interés.

[Volver al índice](#)

5. MÓDULO DE VPH y Cáncer Anal

La información de VPH/cáncer anal debe recogerse **únicamente en los pacientes con categoría de transmisión HSH.**

Información previa: Se recogerá para aquellos pacientes cuya inclusión sea anterior a 01-01-2019. Se debe completar, una única vez, información sobre antecedentes de VPH/cáncer anal ocurridos entre la fecha de inclusión en la cohorte y el 1 de enero de 2019.

Fecha diagnóstico primer episodio de condilomatosis anal o perianal: en formato fecha dd/mm/aaaa.

Alteración citológica en algún momento (recoger solo la de mayor intensidad)

código	nombre
1	No
2	ASCUS
3	ASCUS-HSIL
4	LSIL
5	HSIL
6	Malignidad

Biopsia con displasia histológica en algún momento (recoger la de mayor severidad)

código	nombre
1	No válido
2	normal
3	LSIL
4	HSIL

En caso de displasia de alto grado, ¿ha recibido tratamiento?

código	nombre
1	Positivo
2	Negativo
3	Desconocido

Información de seguimiento: Se recogerá de forma prospectiva, incluyendo toda la información disponible desde el 1 de enero de 2019, para todos los pacientes

Vacuna VPH

Fecha de la vacuna en formato fecha dd/mm/aaaa

Tipo de vacuna

código	nombre
1	Cervarix
2	Gardasil 4
3	Gardasil 9

PCR para VPH

Fecha en formato fecha dd/mm/aaaa

Resultado

código	nombre
1	Positivo
2	Negativo
3	No válido

Tipo de VPH en PCR

código	nombre
1	No AR
2	16
3	18
4	Otros AR no 16/18
5	AR no especificado

Citología anal

Fecha en formato fecha dd/mm/aaaa

Resultado

código	nombre
1	No válido
2	Inflamatorio
3	ASCU
4	ASCUS-HSIL
5	LSIL
6	HSIL
7	Malignidad
8	Normal

Anoscopia

Fecha en formato fecha dd/mm/aaaa

Resultado

Código	nombre
1	Sugestiva de displasia
2	No sugestiva de displasia

Biopsia

Fecha en formato fecha dd/mm/aaaa

Tipo de biopsia

Código	nombre
1	Biopsia Canal Anal
2	Biopsia Piel Perianal

Resultado

Código	nombre
1	No válido
2	Normal
3	LSIL
4	HSIL
5	Carcinoma infiltrante

Procedimientos terapéuticos

Fecha en formato fecha dd/mm/aaaa

Resultado

Código	nombre
1	Crioterapia
2	Imiquimod
3	Coagulación infrarrojos
4	Electrocauterización
5	TCA
6	Cirugía

Código	nombre
7	Quimioterapia
8	Radioterapia

[Volver al índice](#)

6. MÓDULO DE ITS

Información previa: Se recogerá de forma retrospectiva para aquellos pacientes cuya inclusión sea anterior a 01-01-2019. Se debe completar, una única vez, información sobre antecedentes de ITS ocurridos entre la fecha de inclusión en la cohorte y el 1 de enero de 2019, para todos los pacientes.

Gonorrea

código	nombre
1	Sí
2	No

Sífilis

código	nombre
1	Sí
2	No

Condilomas

código	nombre
1	Sí
2	No

Herepes Genital

código	nombre
1	Sí
2	No

Mycoplasma genitalium

código	nombre
1	Sí
2	No

Clamidia

código	nombre
1	Sí
2	No

En el caso de seleccionar sí se abrirá el siguiente campo

LGV

código	nombre
1	Sí
2	No

Información de seguimiento: Se recogerá de forma prospectiva, incluyendo toda la información disponible desde el 1 de enero de 2019.

Se recogerá para cada ITS el nombre, la fecha, el motivo de diagnóstico, el tratamiento administrado y la evolución global.

ITS

código	nombre
1	Gonorrea
2	Sífilis
3	Clamidia
4	Mycoplasma genitalum
5	Herpes genital

Motivo de Diagnóstico

código	nombre
1	Cribado en asintomático
2	Sintomático por secreción
3	Sintomático por úlcera/s
4	Sintomático adenopatía/s
5	Sintomático rash

Tratamiento administrado

código	nombre
1	Ceftriaxona 250 mg im
2	Ceftriaxona 500 mg im
3	Azitromicina 1 gr VO
4	Azitromicina 2 gr VO

código	nombre
5	Penicilina Benzatina 2,4 MU im 1 dosis
6	Penicilina Benzatina 2,4 MU im 3 dosis
7	Doxiciclina 100 mg/12 h vo x 7 días
8	Doxiciclina 100 mg /12 h VO 21 días
9	Otras pautas
10	No se ha administrado tratamiento

Evolución global

código	nombre
1	Resuelto
2	No resuelto, ha precisado otros estudios

Si en la ITS se selecciona Gonorrea, Clamidia o Herpes además se abrirá el campo de

Localización

código	nombre
1	Uretra
2	Recto
3	Faringe
4	Cérvix
5	Otra

Si se ha seleccionado Clamidia, además se abrirá **LGV** (Sí/NO)

Si se selecciona sífilis se abrirá el campo **Estadío Sífilis**

código	nombre
1	Primaria
2	Secundaria
3	Latente precoz
4	Latente tardía

[Volver al índice](#)

MANUAL DE LA APLICACIÓN BASE RIS PARA LA INTRODUCCIÓN DE DATOS DE LA COHORTE CoRIS

INSTALACIÓN DEL PROGRAMA

El programa completo está comprimido en un fichero WinRAR.

Debéis copiarlo en vuestro equipo y descomprimirlo (pinchando dos veces con el ratón) en un carpeta (puede tener cualquier ubicación y cualquier nombre p.e. C:\CoRIS).

Se extraerán 4 bases de datos en esa carpeta llamadas Baseris.accdb, sat_enos.accdb, sat_hepatitis.accdb y sat_seroc.accdb.

Es importante que **no modifiquéis** los nombres de este fichero, y se mantengan siempre en la misma carpeta descomprimidas. (Si no, no funcionará la relación entre las bases)

1. MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

Para comenzar con la aplicación se debe activar la base de datos “Baseris”, y se abre la pantalla de presentación que se muestra en la figura posterior. En esta nueva versión comprobaremos el año de la versión



Pantalla de presentación de Baseris

En esta pantalla podemos ir a:

_ **Introducir datos de primera visita:**

Cuando queramos

- a) Incluir un nuevo paciente
- b) Modificar los datos de identificación de un paciente ya incluido
- c) Eliminar un paciente ya incluido

_ **Introducir datos de seguimiento:** Cuando queramos añadir información en un paciente incluido previamente.

_ **Salir de la aplicación:** Pulsando



1.1. INTRODUCCIÓN DE DATOS DE PRIMERA VISITA

_ Pantallas de introducción de datos personales

Tras pulsar el botón “introducir datos 1ª visita” se activa la pantalla de identificación que permite la introducción de los datos personales, entre ellos los que generan el código de identificación.

Por defecto aparecerán los datos del primer paciente en el registro (por orden alfabético de código de identificación).

También podemos buscar un paciente determinado, si avanzamos con el ratón en el código de identificación.

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	PEPE801001F
Iniciales primer apellido	PE
Iniciales segundo apellido	PE
Sexo	Mujer <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento	01/10/1980
Centro	CarlosIII
Nº Historia Clínica	11111
Confirmación de consentimiento informado	<input checked="" type="checkbox"/>

NUEVO	QUIERO MODIFICAR ESTOS DATOS	QUIERO GUARDAR ESTOS DATOS	VOLVER
IR A INFORMACIÓN DE ESTE PACIENTE	ELIMINAR PACIENTE		

Registro: 1 de 148 Sin filtro Buscar

Pantalla de identificación de los pacientes

a) Si pulsamos la opción **NUEVO**, nos permite introducir todos los datos identificativos del nuevo paciente



CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	<input type="text"/>	
Iniciales primer apellido	<input type="text"/>	
Iniciales segundo apellido	<input type="text"/>	
Sexo	<input type="text" value="No consta"/>	Transexual <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	
Centro	<input type="text"/>	
Nº Historia Clínica	<input type="text"/>	
Confirmación de consentimiento informado <input type="checkbox"/>		
<input type="button" value="GUARDAR"/>		<input type="button" value="VOLVER"/>

Para generar el identificador único (código de identificación) hay que introducir:

- _ Las dos primeras letras del primer apellido (es indiferente si se introducen en minúsculas o mayúsculas, el programa automáticamente las pondrá en mayúsculas)
- _ Las dos primeras letras del segundo apellido (idem antes), y en caso de no existir se pondrá como XX
- _ El sexo (con ayuda del menú desplegable)
- _ La fecha de nacimiento

Además solicita información del centro, de la historia clínica, así como la confirmación de que el paciente ha firmado el consentimiento informado.

Al pulsar GUARDAR, este paciente ya queda registrado, volveríamos a la pantalla anterior (donde aparecerían los datos del paciente que acabamos de registrar).

Situación en la que dos pacientes del mismo centro tuvieran el mismo código de identificación: Si añadimos un paciente nuevo al que le corresponde el mismo Código de identificación de un paciente que ya figura en la base de datos, nos aparece la siguiente advertencia. Si es correcto, pulsar SI, y le asignará el código de identificación que se indica. De no ser correcto, pulsar NO y VOLVER.

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN PEPE800101M

Iniciales primer apellido PE

Iniciales segundo apellido PE

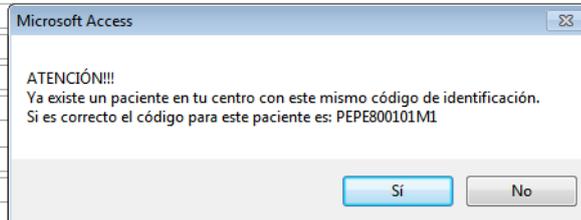
Sexo Hombre

Fecha de nacimiento 01/01/1980

Centro ISCIIII

Nº Historia Clínica 1000

Confirmación de consentimiento informado



GUARDAR

VOLVER

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	MAMA800101F
Iniciales primer apellido	MA
Iniciales segundo apellido	MA
Sexo	Mujer <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento	01/01/1980
Centro	CARLOS III
Nº Historia Clínica	2222

Confirmación de consentimiento informado

NUEVO	QUIERO MODIFICAR ESTOS DATOS	QUIERO GUARDAR ESTOS DATOS	VOLVER
IR A INFORMACIÓN DE ESTE PACIENTE	ELIMINAR PACIENTE		

Registro: 1 Sin filtro Buscar

Al pulsar VOLVER, volveríamos a la pantalla anterior pero sin registrar a este paciente

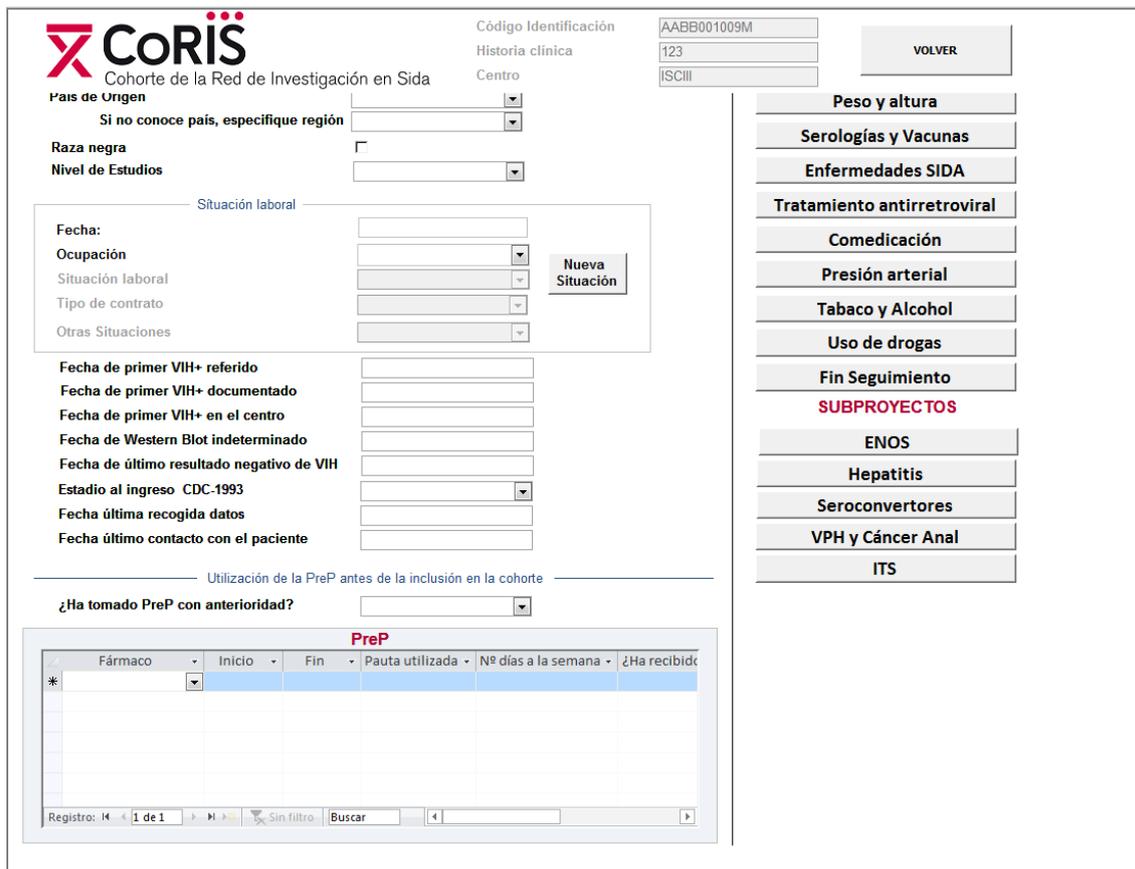
b) Si pulsamos la opción **ELIMINAR PACIENTE**, nos permite eliminar el paciente que estamos visualizando, pero por seguridad nos pide la confirmación.

c) Si pulsamos la opción **QUIERO MODIFICAR ESTOS DATOS**, nos permite modificar los datos de identificación del paciente editado, pero necesitamos pulsar la opción **QUIERO GUARDAR ESOS DATOS** para que queden registrados esos cambios.

Es importante saber que esta es la única opción posible para modificar los datos de identificación de un paciente.

d) Si pulsamos la opción **VOLVER**, nos remite a la pantalla inicial de BaseRIS.

e) Si pulsamos la opción **IR A INFORMACIÓN DE ESTE PACIENTE**, nos envía al formulario que nos permite la grabación de toda la información recogida del paciente.



CoRIS
Cohorte de la Red de Investigación en Sida

Código Identificación: AABB001009M
Historia clínica: 123
Centro: ISCIII

VOLVER

País de Origen
Si no conoce país, especifique región

Raza negra
Nivel de Estudios

Situación laboral
Fecha:
Ocupación
Situación laboral
Tipo de contrato
Otras Situaciones
Nueva Situación

Fecha de primer VIH+ referido
Fecha de primer VIH+ documentado
Fecha de primer VIH+ en el centro
Fecha de Western Blot indeterminado
Fecha de último resultado negativo de VIH
Estadio al ingreso CDC-1993
Fecha última recogida datos
Fecha último contacto con el paciente

Utilización de la PreP antes de la inclusión en la cohorte
¿Ha tomado PreP con anterioridad?

PreP					
Fármaco	Inicio	Fin	Pauta utilizada	Nº días a la semana	¿Ha recibido
*					

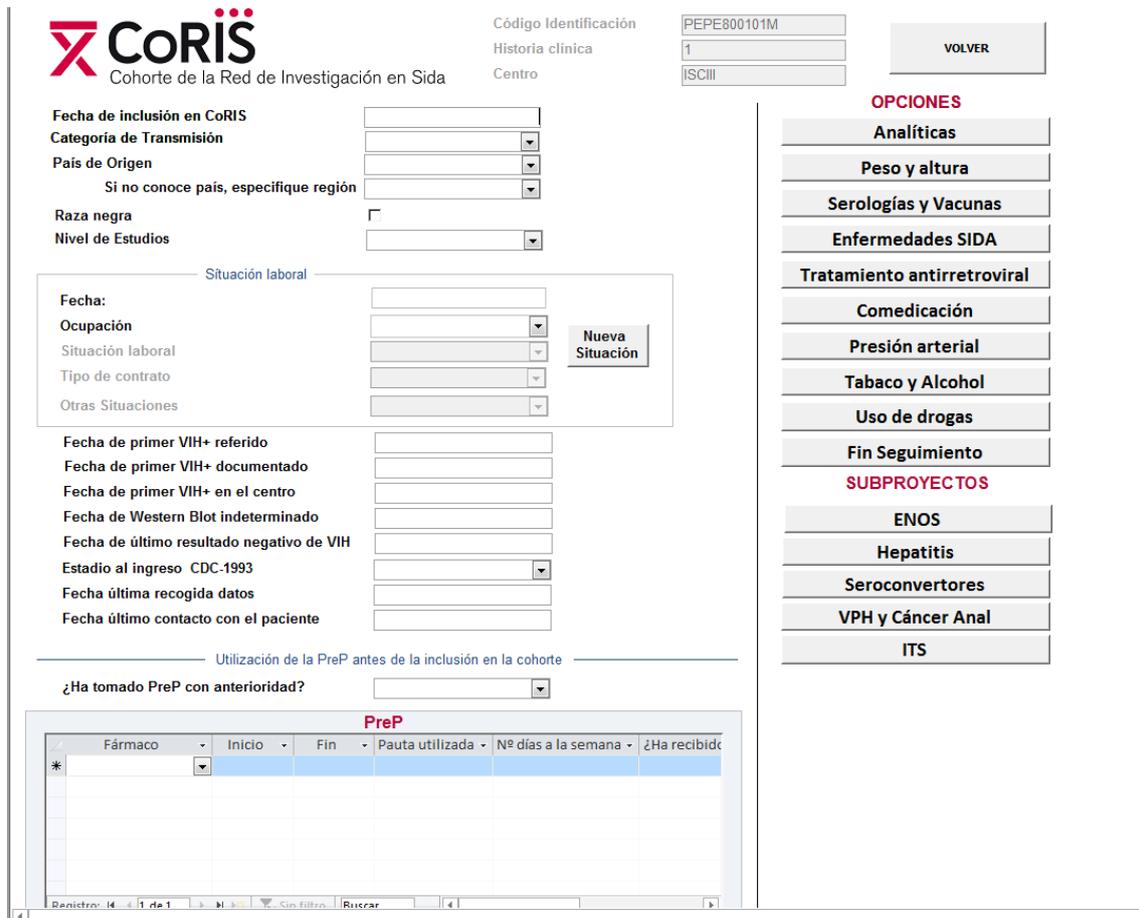
Registro: 1 de 1 | Sin filtro | Buscar

Pantalla de información del paciente

Pantallas de introducción de la información del paciente

Nos permite introducir todos los datos de la visita de inclusión del paciente, y a partir de aquí acceder a todas las pantallas de opciones, donde se podrá informatizar la información de analíticas, peso y altura, serologías y vacunas, enfermedades de sida, tratamiento antirretroviral, comedicación, presión arterial, tabaco y alcohol, uso de drogas, y de fin de seguimiento.

En la pantalla de inicio de BaseRIS se incluye el siguiente control de calidad:



The screenshot shows the CoRIS BaseRIS interface. At the top left is the CoRIS logo and name. To the right, there are fields for 'Código Identificación' (PEPE800101M), 'Historia clínica' (1), and 'Centro' (ISCI). A 'VOLVER' button is also present. The main area contains several sections of data entry fields:

- Fecha de inclusión en CoRIS**: Text input field.
- Categoría de Transmisión**: Dropdown menu.
- Pais de Origen**: Dropdown menu.
- Si no conoce pais, especifique región**: Dropdown menu.
- Raza negra**: Checkbox.
- Nivel de Estudios**: Dropdown menu.
- Situación laboral**: A sub-section with fields for 'Fecha', 'Ocupación', 'Situación laboral', 'Tipo de contrato', and 'Otras Situaciones', along with a 'Nueva Situación' button.
- Utilización de la PreP antes de la inclusión en la cohorte**: A section with a dropdown for '¿Ha tomado PreP con anterioridad?'.
- PreP**: A table with columns: Fármaco, Inicio, Fin, Pauta utilizada, Nº días a la semana, and ¿Ha recibid... (partially visible).

On the right side, there is a vertical sidebar menu titled 'OPCIONES' with buttons for: Analíticas, Peso y altura, Serologías y Vacunas, Enfermedades SIDA, Tratamiento antirretroviral, Comedicación, Presión arterial, Tabaco y Alcohol, Uso de drogas, Fin Seguimiento, SUBPROYECTOS, ENOS, Hepatitis, Seroconvertores, VPH y Cáncer Anal, and ITS.

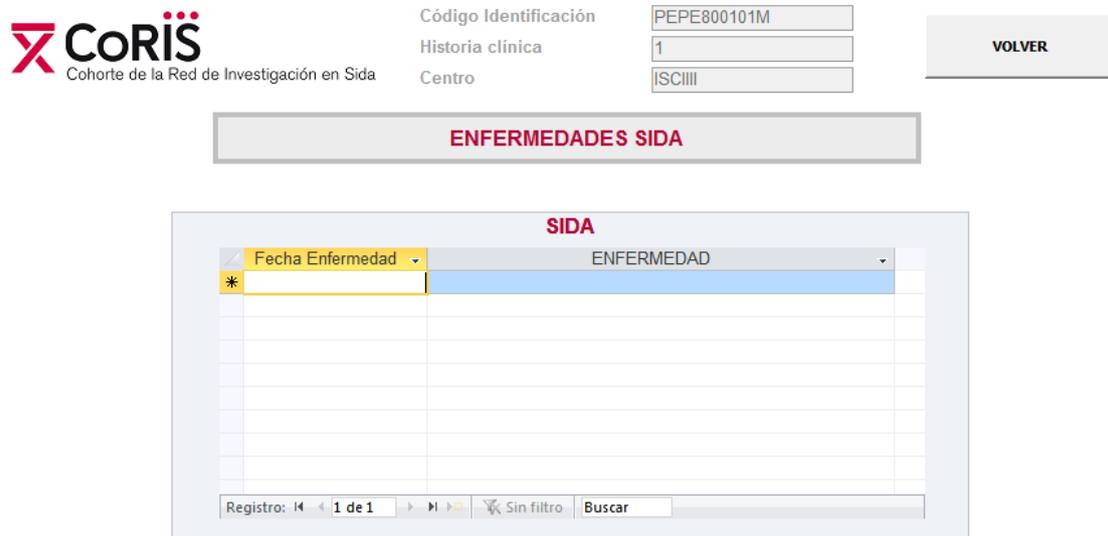
- _ Si se graba una fecha de primer VIH+ de forma que el paciente hubiera sido diagnosticado antes de los 13 o con posterioridad a los 70 años, nos aparecerá una advertencia de posible error. Si pulsamos ACEPTAR, podemos incluir esa información.
- _ No nos permite grabar una fecha de primer VIH+ (la menor entre la fecha referida, documentada o en el centro), posterior a la fecha de inclusión.
- _ No nos permite grabar una fecha de VIH- posterior a alguna de las fechas de VIH+.

__ Pantallas de OPCIONES

Una vez que hemos pulsado un botón de una de las diferentes opciones existentes en la pantalla de introducción de la información del paciente, podemos acceder a los formularios que permiten introducir la información que indica ese botón.

Por ejemplo, este es el aspecto del formulario que recoge información de enfermedades indicativas de sida.

Aparece una nueva pantalla, y en la parte superior de la misma aparecen los datos de identificación del paciente que estamos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).



En la parte inferior de la pantalla aparecerá un subformulario o varios en forma de tabla. En estas tablas se debe de introducir la información correspondiente. En el caso de algunas variables aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar **VOLVER**, opción que nos devolverá a la pantalla de información del paciente.

También desde la pantalla inicial podemos introducir datos de los subproyectos en los que participemos.

Por ejemplo, si pulsamos el botón **ENOS** nos direcciona a la aplicación que graba esta información. Una vez hubiéramos concluido la grabación de ENOS del paciente que estamos introduciendo, para volver a la pantalla anterior tendríamos que pulsar la opción **SALIR ENOS**.

1.2. INTRODUCCIÓN DE DATOS DE SEGUIMIENTO

Para introducir datos de seguimiento de un sujeto debemos pulsar el botón de “*Introducir datos seguimiento*”.

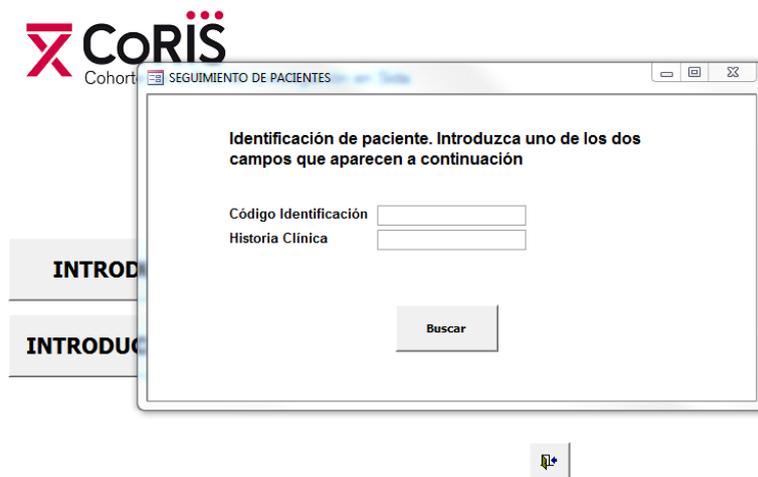


INTRODUCIR DATOS 1ª VISITA

INTRODUCIR DATOS SEGUIMIENTO



Tras pulsar el botón se activa la pantalla de búsqueda del caso.



Pantalla de búsqueda del caso

Es necesario incluir el código de Identificación y/o la Historia Clínica del paciente.

Al pulsar el botón de buscar se activa la pantalla de información del paciente.

En caso de incluir un único identificador verificar que el paciente que aparece en la pantalla tiene el mismo código de identificación e historia clínica que el que estamos actualizando.

Una vez que estamos en la pantalla de información del paciente, la forma de proceder es idéntica a lo desarrollado en el apartado 1).

[Volver al índice](#)

2. MÓDULO DE EVENTOS NO SIDA (Satélite ENOS)

Para introducir los datos de este proyecto se puede partir de dos situaciones:

a) Centros que utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

Se podrá acceder desde la pantalla de información del paciente del módulo Corazón

b) Centros que no utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

Se deberá dar de alta a cada uno de los pacientes, del mismo modo que se explica en el manual del módulo Corazón

Es importante recordar que **los datos identificativos en el satélite ENOS no se actualizan automáticamente** al realizar cualquier modificación en el corazón, por lo que **cualquier modificación** en el código CoRIS, sexo, fecha de nacimiento, o iniciales **que se realice en el “corazón” hay que realizarlo del mismo modo en este satélite.**

Una vez que hemos entrado en la aplicación del satélite de ENOS, aparece un botón para cada uno de los tipos de eventos de los que se recoge información.



Pulsando el botón correspondiente a cada uno de los eventos, podemos acceder a los formularios que permiten introducir la información de los eventos que indica ese botón. Aunque en algunas ocasiones (como en el caso de los eventos cardiovasculares) veremos otro formulario intermedio desglosando los diferentes eventos incluidos dentro de ese grupo.



Cuando ya se accede al formulario final donde se recoge la información de un evento específico, aparece una nueva pantalla.

Por ejemplo, este es el aspecto del formulario que recoge información de angina.



The screenshot shows a web form for 'EVENTOS CARDIOVASCULARES'. At the top left is the CoRIS logo. To the right, there are three input fields: 'Código Identificación' with the value 'PEPE800101M', 'Historia clínica' with the value '1', and 'Centro' with the value 'CARLOS III'. A 'VOLVER' button is located to the right of these fields. Below this is a header for 'EVENTOS CARDIOVASCULARES'. Underneath is a sub-form titled 'ANGINA'. This sub-form contains a table with columns for 'Mes' and 'Año'. The first row has a '*' in the 'Mes' column and a blue highlight in the 'Año' column. Below the table is a pagination bar showing 'Registro: 1 de 1' and a search box with the text 'Sin filtro' and a 'Buscar' button.

Al igual que ocurrirá en el resto de los formularios, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

En la parte inferior de la pantalla aparecerá un subformulario o varios en forma de tabla. En estas tablas se debe de introducir la información correspondiente. En el caso de algunas variables aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

[Volver al índice](#)

3. MÓDULO DE HEPATITIS

Para introducir los datos de este proyecto se puede partir de dos situaciones:

a) Centros que utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

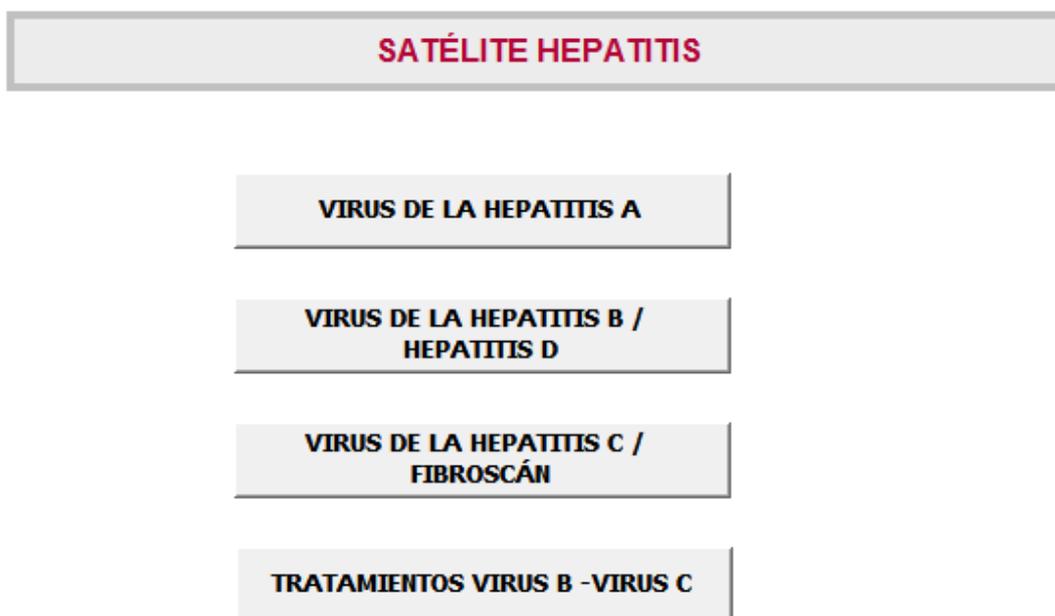
Se podrá acceder desde la pantalla de información del paciente del módulo Corazón

b) Centros que no utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

Se deberá dar de alta a cada uno de los pacientes, del mismo modo que se explica en el manual del módulo Corazón

Es importante recordar que **los datos identificativos en el satélite de hepatitis no se actualizan automáticamente** al realizar cualquier modificación en el corazón, por lo que **cualquier modificación** en el código CoRIS, sexo, fecha de nacimiento, o iniciales **que se realice en el “corazón” hay que realizarlo del mismo modo en este satélite.**

Una vez que hemos entrado en la aplicación del satélite de Hepatitis, aparece un botón para cada uno de los tipos de eventos de los que se recoge información.



Pulsando el botón correspondiente a cada uno de los virus/tratamientos, podemos acceder a los formularios que permiten introducir dicha información.

Cuando ya se accede al formulario final donde se recoge una información específica, aparece una nueva pantalla.

Por ejemplo, este es el aspecto del formulario que recoge información de Virus Hepatitis A.

Recordar que la información de serologías de VHC y VHB se deben grabar en el apartado de serologías de la base de datos general de CoRIS



Cohorte de la Red de Investigación en Sida

Código

Historia

Centro

VOLVER

VIRUS DE LA HEPATITIS A

	Fecha	Anticuerpos	
*			

Registro: 1 de 1 Sin filtro

	Fecha	Vacuna VHA	
*			

Registro: 1 de 1 Sin filtro

Al igual que ocurrirá en el resto de los formularios, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

En la parte inferior de la pantalla aparecerá un subformulario o varios en forma de tabla. En estas tablas se debe de introducir la información correspondiente. En el caso de algunas variables aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

[Volver al índice](#)

4. MÓDULO DE SEROCONVERTORES

Para introducir los datos de este proyecto se puede partir de dos situaciones:

a) Centros que utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

Se podrá acceder desde la pantalla de información del paciente del módulo Corazón

b) Centros que no utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón):

Se deberá dar de alta a cada uno de los pacientes, del mismo modo que se explica en el manual del módulo Corazón

Es importante recordar que **los datos identificativos en el satélite de seroconvertores no se actualizan automáticamente** al realizar cualquier modificación en el corazón, por lo que **cualquier modificación** en el código CoRIS, sexo, fecha de nacimiento, o iniciales **que se realice en el “corazón” hay que realizarlo del mismo modo en este satélite.**

Una vez que hemos entrado en la aplicación del satélite de SEROCONVERTORES, aparece el siguiente formulario:



CoRIS
Cohorte de la Red de Investigación en Sida

Código Identificación	PEPE800101M
Historia clínica	1
Centro	SCIII

VOLVER

SALIR DE SEROCONVERTORES

En este formulario debe de recogerse la documentación de las pruebas de VIH en los pacientes seroconvertores, así como las fechas que figuran en la documentación anexada. Se considera un SEROCONVERTOR, a un paciente cuya ventana entre el último VIH- y el primer VIH+ sea menor de 3 años, o bien que tenga un WB indeterminado.

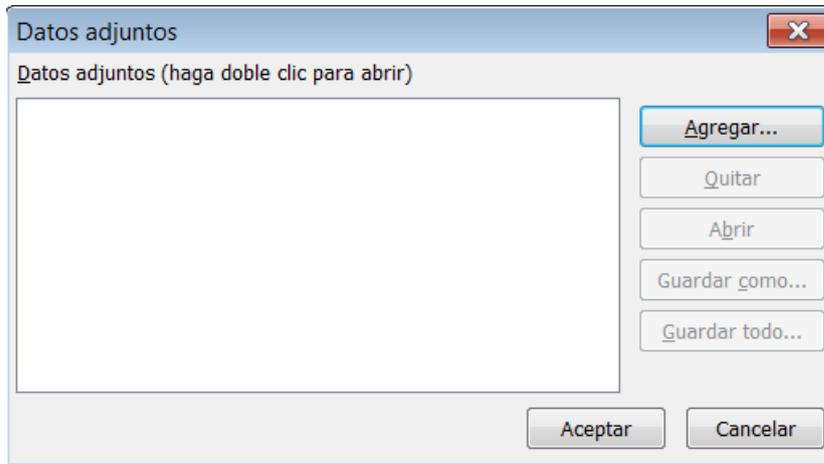
MUY IMPORTANTE:

Antes de escanear el documento, recuerda que debe ir anonimizado (es decir sin nombres y apellidos, pero si debe contener el Código de identificación y la Historia Clínica).

SEROCONVERTORES

Fecha del primer VIH positivo documentado:	<input type="text"/>	Documentos del primer VIH positivo:	<input type="text"/>
Fecha del último VIH negativo documentado:	<input type="text"/>	Documentos del último VIH negativo:	<input type="text"/>
Fecha del WB indeterminado:	<input type="text"/>	Documentos del WB indeterminado:	<input type="text"/>
Año de actualización:	<input type="text" value="2015"/>		
OBSERVACIONES:	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

Cuando se introduce cualquiera de las 3 fechas, se activa la posibilidad de introducir la documentación. Al hacer doble click en la cuadrícula de documentación, se activará una ventana como la siguiente:



Si pulsamos “Agregar” nos permitirá acceder a cualquier archivo del equipo. Después se activarán las opciones “Quitar” por si debemos eliminarlo, “Abrir” para visualizar el documento y también la posibilidad de guardarlo.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

[Volver al índice](#)

5. MÓDULO DE VPH Y CÁNCER ANAL

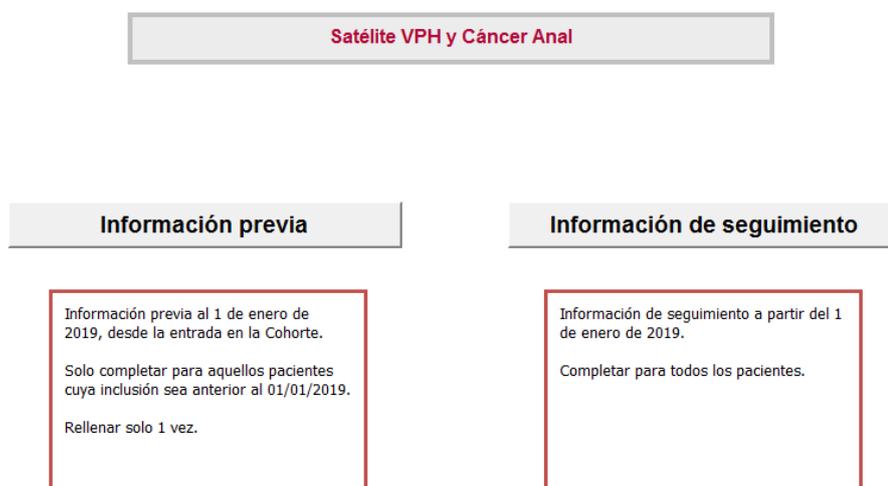
Este módulo se recoge **únicamente en los pacientes con categoría de transmisión HSH.**

Para introducir los datos de este proyecto:

Tanto los centros que utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón) como los centros que no utilicen el aplicativo CoRIS:

Se accederá desde la pantalla de información del paciente del módulo Corazón.

Una vez que hemos entrado en el satélite de VPH y Cáncer Anal, aparecen dos botones uno para introducir información previa y otro para introducir la información de seguimiento.



En la información previa: Información previa al 1 de enero 2019. Completar datos para aquellos pacientes incluidos en CoRIS antes de 01-01-2019, hasta el 01-01-2019, a partir de ahí completar en Información de seguimiento



Código Identificación

Historia clínica

Centro

VOLVER

INFORMACIÓN PREVIA

Fecha diagnóstico primer episodio de condilomatosis anal o perianal:

Alteración citológica en algún momento (recoger solo la de mayor intensidad):

Biopsia con displasia histológica en algún momento (recoger la de mayor severidad):

En el caso de displasia de alto grado, ¿ha recibido tratamiento?:

Al igual que en el resto de los formularios, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

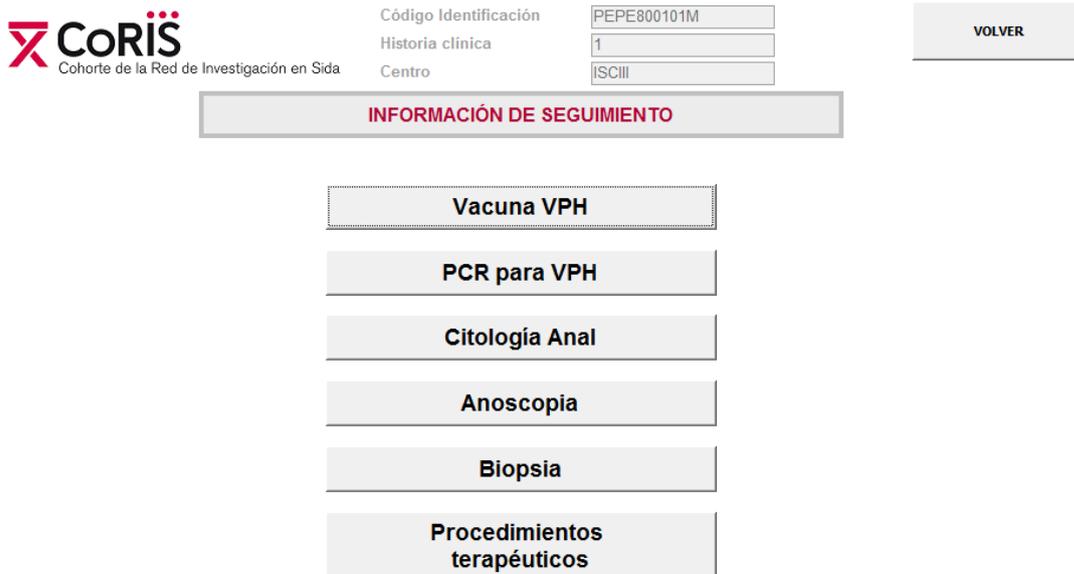
Aparecerán varios campos para completar la información correspondiente. En algunos aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

Esta información solo habrá que grabarla una vez para aquellos pacientes incluidos en la cohorte antes del 01-01-2019

En la información de seguimiento: Completar para todos los pacientes a partir del 01-01-2019

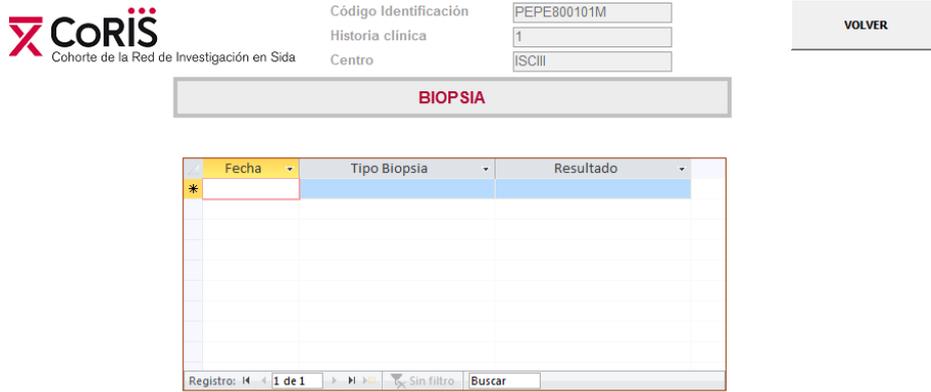
Aparece un botón para cada una de las opciones relacionadas con el VPH y Cáncer Anal de los que se recoge información.



Pulsando el botón correspondiente a cada una de las opciones, podemos acceder a los formularios que permiten introducir la información que indica ese botón.

Cuando se accede al formulario final donde se recoge la información específica de una de las opciones, aparece una nueva pantalla.

Por ejemplo, este es el aspecto del formulario que recoge información de biopsia.



En este caso también, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

Aparecerán varios campos para completar la información correspondiente. En algunos aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

Esta información solo habrá que grabarla para todos los pacientes incluidos en la cohorte.

[Volver al índice](#)

6. MÓDULO DE ITS

Para introducir los datos de este proyecto:

Tanto los centros que utilicen el aplicativo CoRIS para el módulo de información básica (Corazón) como los centros que no utilicen el aplicativo CoRIS:

Se accederá desde la pantalla de información del paciente del módulo Corazón.

Una vez que hemos entrado en el satélite de ITS, aparecen dos botones uno para introducir información previa y otro para introducir la información de seguimiento.



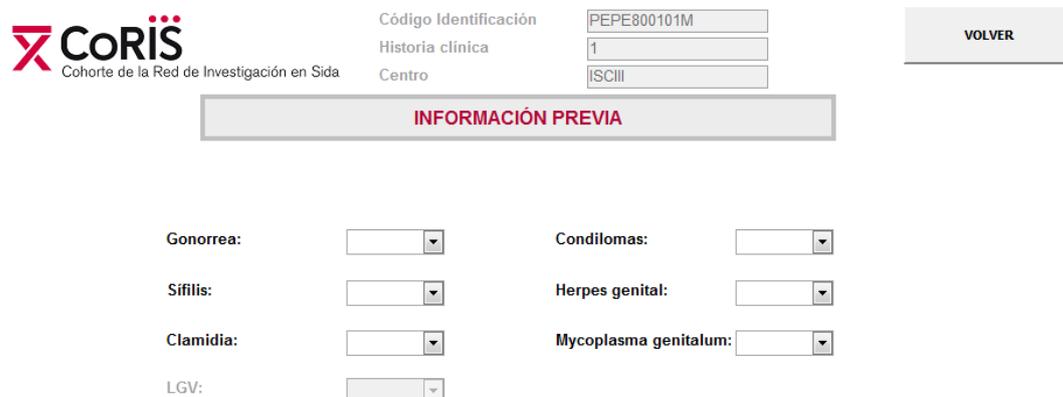

 Código Identificación: PEPE800101M
 Historia clínica: 1
 Centro: ISCIH
 Salir de ITS
Satélite ITS



Información previa
 Información previa al 1 de enero de 2019, desde la entrada en la Cohorte.
 Solo completar para aquellos pacientes cuya inclusión sea anterior al 01/01/2019.
 Rellenar solo 1 vez.

Información de seguimiento
 Información de seguimiento a partir del 1 de enero de 2019.
 Completar para todos los pacientes.

En la información previa: Completar datos para aquellos pacientes incluidos en CoRIS antes de 01-01-2019, hasta el 01-01-2019, a partir de ahí completar en Información de seguimiento




 Código Identificación: PEPE800101M
 Historia clínica: 1
 Centro: ISCIH
 VOLVER
INFORMACIÓN PREVIA

Gonorrea: Condilomas:
 Sífilis: Herpes genital:
 Clamidia: Mycoplasma genitalum:
 LGV:

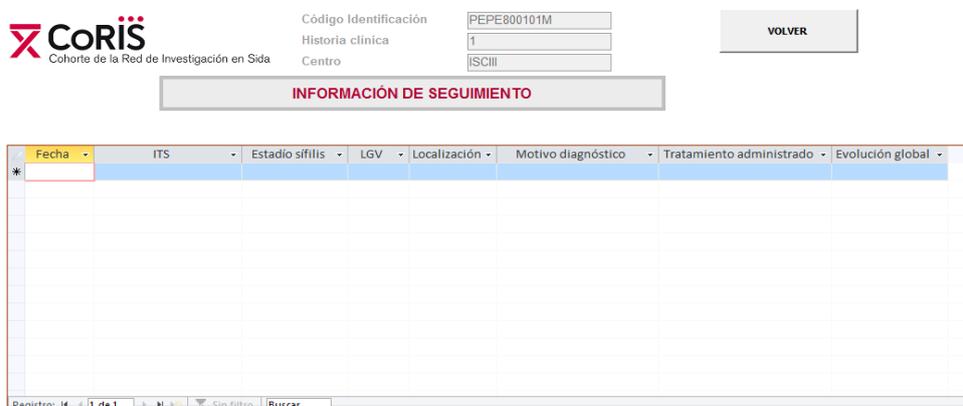
Al igual que en el resto de los formularios, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

Aparecerán varios campos para completar la información correspondiente. En algunos aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

En la información de seguimiento: Completar para todos los pacientes a partir del 01-01-2019

Aparece un formulario que habrá que completar



INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO

Fecha	ITS	Estado sífilis	LGV	Localización	Motivo diagnóstico	Tratamiento administrado	Evolución global
*							

Registro: 14 | 1 de 1 | Sin filtro | Buscar

En este caso también, aparecerá en la parte superior del mismo los datos de identificación del paciente que estemos informatizando (Código de identificación, Historia clínica y Centro).

Aparecerán varios campos para completar la información correspondiente. En algunos aparecerá un menú desplegable para facilitar la grabación.

Para que se incorporen estos datos a la base, es preciso pulsar VOLVER, opción que nos devolverá a la pantalla anterior, hasta llegar a la de información del paciente.

Esta información solo habrá que grabarla para todos los pacientes incluidos en la cohorte.

** Nota: tener en cuenta a la hora de introducir sífilis:

1) Si hay registros de **sífilis activa previos al 1/1/2019** en el apartado de "Serología y vacunas" de la base Corazón: la casilla de "sífilis" del apartado de "información previa" del satélite ITS debe estar marcada, para pacientes incluidos en CoRIS antes del 01/01/2019

2) Si hay registros de **sífilis activa posteriores al 1/1/2019** en el apartado de "Serología y vacunas" de la base Corazón: la información de sífilis debe estar introducida en la tabla de

"información de seguimiento" del satélite ITS debe estar marcada

3) Si hay registros **de sífilis activa posteriores al 1/1/2019** en el apartado de "Serología y vacunas" de la base Corazón: revisar que la fecha que aparece en el registro "Serología y Vacunas" coincide con la en la tabla de "información de seguimiento" del satélite ITS

4) Si hay registros de **sífilis no activa (cicatriz serológica)** solo deben aparecer en el apartado de "Serología y vacunas" de la base Corazón, no se introducirá esta información en el satélite ITS.

ESTRUCTURA DE LA BASE DE DATOS CORIS

1. MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (CORAZÓN)

La base de datos de CORIS es una base de datos en ACCESS, y contiene las siguientes tablas:

Tabla: Altura

Información sobre la altura del paciente (Un registro por medición de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha de medición	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Altura	Altura	Numérico (Entero)	

Tabla: analítica

Información analítica (CD4,CD8 y Carga Viral) (Un registro por analítica de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO
Codigoident	Identificador	Texto (12)
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)
Centro	Centro	Texto (50)
Fechacd4	Fecha de analítica	Fecha (dd/mm/aaaa)
Ncd4	Cd4	Numérico (Entero largo)
Pcd4	%cd4	Numérico (Entero largo)
Ncd8	Cd8	Numérico (Entero largo)
Pcd8	%cd84	Numérico (Entero largo)
Cviral	Carga Viral	Numérico (Entero largo)
Cvbajolim	Carga viral bajo límite	Si/No
Cvsobrelim	Carga viral sobre límite	Si/No

Tabla: Comedicacion
 Información sobre comedificación. Fármacos

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN																					
id	Clave primaria de la tabla	Autonumeración																						
Codigoident	Identificador	Texto (12)																						
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)																						
Centro	Centro	Texto (50)																						
codTipoComedicacion	Tipo de comedificación,		<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Comedicación "Fármacos SNC"</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Comedicación "Inmunosupresores"</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Comedicación "Fármacos cardiovasculares y renales"</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Comedicación "Antidiabéticos y otros fármacos endocrnológicos"</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Comedicación "Salud ósea y articular"</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Comedicación "Salud bronquial y pulmonar"</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Comedicación "Fármacos relacionados con la salud digestiva"</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Comedicación "Antineoplásicos"</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Comedicación "Antimicrobianos"</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Comedicación "Fármacos SNC"	2	Comedicación "Inmunosupresores"	3	Comedicación "Fármacos cardiovasculares y renales"	4	Comedicación "Antidiabéticos y otros fármacos endocrnológicos"	5	Comedicación "Salud ósea y articular"	6	Comedicación "Salud bronquial y pulmonar"	7	Comedicación "Fármacos relacionados con la salud digestiva"	8	Comedicación "Antineoplásicos"	9	Comedicación "Antimicrobianos"	
codigo	nombre																							
1	Comedicación "Fármacos SNC"																							
2	Comedicación "Inmunosupresores"																							
3	Comedicación "Fármacos cardiovasculares y renales"																							
4	Comedicación "Antidiabéticos y otros fármacos endocrnológicos"																							
5	Comedicación "Salud ósea y articular"																							
6	Comedicación "Salud bronquial y pulmonar"																							
7	Comedicación "Fármacos relacionados con la salud digestiva"																							
8	Comedicación "Antineoplásicos"																							
9	Comedicación "Antimicrobianos"																							
CodFarmaco	Código fármacos SNC	Numérico (Entero)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Antipsicóticos</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Antidepresivos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ansiolíticos</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Hipnóticos/sedantes</td> </tr> </tbody> </table>	1	Antipsicóticos	2	Antidepresivos	3	Ansiolíticos	4	Hipnóticos/sedantes													
1	Antipsicóticos																							
2	Antidepresivos																							
3	Ansiolíticos																							
4	Hipnóticos/sedantes																							

			5 Antiparkinsonianos
			6 Anticonvulsivantes
			7 Antimigrañosos
			8 Opioides como tratamiento del dolor
			9 Metadona como tratamiento crónico sustitutivo
			10 Corticoides
			11 Medicación antirechazo
			12 Otros Inmunosupresores
			13 Antihipertensivos no betabloqueantes
			14 Antiarrítmicos no beta bloqueantes
			15 Betabloqueantes
			16 Tratamiento antiisquemia cardíaca
			17 Diuréticos
			18 Fármacos antiproteinúricos
			19 Antiagregantes
			20 Anticoagulantes
			21 Hipolipemiantes
			22 Fármacos frente a la disfunción eréctil
			23 Orales
			24 Insulina
			25 Antitiroideos
			26 Suplementos tiroideos
			27 Calcio
			28 Vitamina D
			29 Fármacos frente a osteoporosis
			30 Fármacos frente a gota e hiperuricemia
			31 Antiinflamatorios
			32 Broncodilatadores
			33 Inhibidores de la bomba de protones
			34 Otros antiácidos
			35 Antineoplásicos
			36 Antibacterianos
			37 Antivirales diferentes del VIH
			38 Anti fúngicos
			39 Antiparasitarios

Fecha_Inicio	Fecha Inicio Tratamiento	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Fecha_Fin	Fecha Fin tratamiento	Fecha (dd/mm/aaaa)	

Tabla: Consumo_alcohol

Información sobre consumo de alcohol (Un registro por cambio en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha información	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Alcohol	Consumo de alcohol semanal en U.B.E.	Numérico (Entero)	

Tabla: Consumo_tabaco

Información sobre consumo de tabaco (Un registro por cambio en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
FUMA	¿Fuma actualmente?	Numérico (Entero)	1 'Fumador diario' 2 'Fumador ocasional' 3 'Ex Fumador' 4 'No fumador'
CIGARRILLOS_DIA	Número cigarrillos día	Numérico (Entero)	
CIGARRILLOS_SEM	Nº Cigarrillos semana	Numérico (Entero)	
EDAD_FUMAR	Edad empezó a fumar	Numérico (Entero)	
EDAD_DEJA	Edad dejó fumar	Numérico (Entero)	
Fecha	Fecha información	Fecha (dd/mm/aaaa)	

Tabla: Drogas_inyectadas

Información sobre consumo de drogas inyectadas (Un registro por cambio en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha información	Fecha (dd/mm/aaaa)	
UDI	¿consume drogas inyectadas?	Numérico (Byte)	1 'Si' 2 'No'
Frec_UDI	Frecuencia consumo último mes	Numérico (Byte)	1 'Diario' 2 'Varios días a la semana' 3 'Un día por semana o menos'
Edad_EUDI	Edad del último consumo	Numérico (Byte)	
Edad_inicio	Edad inicio consumo drogas inyectadas	Numérico (Byte)	

Tabla : findesequiment
Información de fin de seguimiento (Un registro por paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fechalastvis	Fecha última visita	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Fechafinseg	Fecha de fin de seguimiento	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Motifinseg	Motivo de fin de seguimiento	Numérico (Entero largo)	0 'Continua' 2 'Traslado' 3 'Muerte'
Causa fundamental	Causa Fundamental de muerte o Centro al que se traslada	Texto (50)	
Causa contribuyente	1ª causa contribuyente de muerte	Texto (50)	
Causa contribuyente2	2ª causa contribuyente de muerte	Texto (50)	
Causa contribuyente3	3ª causa contribuyente de muerte	Texto (50)	
Lugar_de_traslado	Centro al que se traslada	Texto (50)	

Tabla : Hipertension_Arterial

Información Hipertensión arterial (Un registro por evaluación en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha_HTA	Fecha de evaluación	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
HTA	Hipertensión arterial	Lógico Si/No	

Tabla: identificación
Información sociodemográfica y epidemiológica basal (Un registro por paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha de la visita	Fecha de inclusión	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Apellido1	Primer apellido	Texto (2)	
Apellido2	Segundo apellido	Texto (2)	
Sexo	Sexo	Numérico (Entero)	1 'Hombre' 2 'Mujer'
Transex	Transexual	Si/No	
Fechanac	Fecha de nacimiento	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Pais	País de origen	Numérico (Entero)	Ver Protocolo
Paisorigen	Región de origen	Numérico (Entero)	Ver Protocolo
Estudiosn	Nivel de estudios	Numérico (Entero)	Ver Protocolo
Transmision	Categoría de transmisión	Numérico (Entero)	Ver Protocolo
Vihreferido	Fecha primer VIH Referido	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Vihconfirma	Fecha primer VIH Confirmado	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Vihcentro	Fecha primer VIH Centro	Fecha (dd/mm/aaaaa)	

WB	Fecha de Western Blot indeterminado	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Muestrabio	Muestra en Bio Banco	Si/No	
Estadiocdc	Estadio CDC a la inclusión	Numérico (Entero)	Ver Protocolo
Fecha vih negativo ultimo	Fecha ultimo VIH negativo	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Noconocido	No conocida la Fecha ultimo VIH negativo	Si/No	
Fechaactualiza	Fecha de actualización	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Fechaultcontac	Fecha de último contacto con el paciente	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Raza_negra	Raza Negra	Si/No	
codUsoPrevioPreP	Ha utilizado PreP	Si/No	

Tabla: introensida

Información de enfermedades indicativas de sida (Un registro por enfermedad de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fechaensida	Fecha de enfermedad sida	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Codensida	Tipo enfermedad de sida	Numérico (Entero largo)	Ver Protocolo

Tabla: introtrataments

Información de tratamiento ARV (Un registro por cada tratamiento de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fechaini	Fecha inicio tratamiento con ese fármaco	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Codtrat	Código del fármaco	Numérico (Entero largo)	Ver Protocolo
Fechafin	Fecha fin tratamiento con ese fármaco	Fecha (dd/mm/aaaaa)	

Motifin	Motivo fin de tratamiento	Numérico (Entero largo)	Ver Protocolo								
Otrostrat	Otros tratamientos	Texto (50)									
Efecto Adverso	Especificar efecto adverso	Numérico	Ver Protocolo								
Otros Efectos Adversos	Especificar otros efectos adversos	Texto									
Otros MotivoFin	Especificar otros motivo fin	Texto									
CodAdministrado	Vida Real / o Ensayo	Texto Corto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Ensayo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vida Real</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Desconocido</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Ensayo	2	Vida Real	3	Desconocido
codigo	nombre										
1	Ensayo										
2	Vida Real										
3	Desconocido										

Tabla: perfil_basico

Información analítica (Un registro por analítica de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Hemoglobina	Hemoglobina	Numérico (Decimal)	
Uds_Hemoglobina	Unidades Hemoglob.	Numérico (Byte)	2 'g/L' 3 'g/dL'
Plaquetas	Plaquetas	Numérico (Decimal)	
Uds_Plaquetas	Unidades Plaquetas	Numérico (Byte)	1 'ml' 8 '1E+9/L' ó '1E+3/ μ L' 9 '1E+6/L
Creatinina	Creatinina	Numérico (Decimal)	
Uds_Creatinina	Unidades Creatinina	Numérico (Byte)	1 'mmol/L' 4 'mg/dL' 6 ' μ mol/L'
Albumina	Albumina	Numérico (Decimal)	
Uds Albumina	Unidades Albumina	Numérico (Byte)	2 'g/L' 3 'g/dL'
AST	AST	Numérico (Decimal)	
Uds_AST	Unidades AST	Numérico (Byte)	1 'UI/L'
ALT	ALT	Numérico (Decimal)	

Uds_ALT	Unidades ALT	Numérico (Byte)	1 'UI/L'
Colest_total	Colesterol total	Numérico (Decimal)	
Uds_Colest_total	Unidades colesterol t	Numérico (Byte)	1 'mmol/L' 4 'mg/dL'
Colest_hdl	Colesterol HDL	Numérico (Decimal)	
Uds_Colest_hdl	Unidades colesterol	Numérico (Byte)	1 'mmol/L' 4 'mg/dL'
Trigliceridos	Triglicéridos	Numérico (Decimal)	
Uds_Trigliceridos	Unidades Triglicér.	Numérico (Byte)	1 'mmol/L' 4 'mg/dL'
Glucosa	Glucosa	Numérico (Decimal)	1 'mmol/L' 4 'mg/dL'
Uds_Glucosa	Unidades glucosa	Numérico (Byte)	
Fecha	Fecha de la analítica	Fecha (dd/mm/aaaa)	

Tabla: Peso

Información sobre el peso del paciente (Un registro por medición de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha de medición	Fecha (dd/mm/aaaa)	
Peso	Peso	Numérico (Entero)	

Tabla : Presion_Arterial

Información presión arterial (Un registro por medición en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
BP_D	Fecha medición	Fecha (dd/mm/aaaa)	
BP_SYS	Presión Sistólica	Numérico (Decimal)	
BP_DIA	Presión Diastólica	Numérico (Decimal)	
BP_U	Unidades medición	Numérico (Byte)	1 'mmHg' 2 'cmHg'

			3 'Kpa'
--	--	--	---------

Tabla: satITS_InfPrevia

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Sifilis	Sifilis	1-Si/0-No	
Gonorrea	Gonorrea	1-Si/0-No	
Clamidia	Clamidia	1-Si/0-No	
LGV	LGV	1-Si/0-No	
Condilomas	Condilomas	1-Si/0-No	
Herpesgenital	Herpes Genital	1-Si/0-No	
mycoplasmaGenitalum	Mycoplasma Genitalum	1-Si/0-No	

Tabla: satITS_InfSeguimiento

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN														
Codigoident	Identificador	Texto (12)															
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)															
Centro	Centro	Texto (50)															
Fecha	Fecha de diagnóstico																
CodITS	ITS	Texto corto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Gonorrea</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sífilis</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Clamidia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mycoplasma genitalum</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Herpes genital</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Condilomatosis</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Gonorrea	2	Sífilis	3	Clamidia	4	Mycoplasma genitalum	5	Herpes genital	6	Condilomatosis
codigo	nombre																
1	Gonorrea																
2	Sífilis																
3	Clamidia																
4	Mycoplasma genitalum																
5	Herpes genital																
6	Condilomatosis																
CodEstadioSifilis	Estadio Sifilis	Texto corto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Primaria</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Primaria										
codigo	nombre																
1	Primaria																

			2	Secundaria
			3	Latente precoz
			4	Latente tardía
LGV	LGV	1-Si/0-No		
codLocalizacion	Localización de la ITS	Texto corto	codigo	nombre
			1	Uretra
			2	Recto
			3	Faringe
			4	Cérvix
			5	Otra
CodMotivoDiagnostico	Motivo del diagnóstico	Texto corto	codigo	nombre
			1	Cribado en asintomático
			2	Sintomático por secreción
			3	Sintomático por úlcera/s
			4	Sintomático adenopatía/s
			5	Sintomático rash
CodTratamiento	Tratamiento	1-Si/0-No	codigo	nombre
			1	Ceftriaxona 250 mg im
			2	Ceftriaxona 500 mg im
			3	Azitromicina 1 gr VO
			4	Azitromicina 2 gr VO
			5	Penicilina Benzatina 2,4 MU im 1 dosis
			6	Penicilina Benzatina 2,4 MU im 3 dosis
			7	Doxiciclina 100 mg/12 h vo x 7 días
			8	Doxiciclina 100 mg /12 h VO 21 días
			9	Otras pautas
			10	No se ha administrado tratamiento
CodEvolucion	Evolucion de la ITS	1-Si/0-No	codigo	nombre
			1	Resuelto
			2	No resuelto, ha precisado otros estudios

Tabla: satVPH_Anoscopia

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
----------	-----------------------	---------	--------------

Codigoident	Identificador	Texto (12)							
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)							
Centro	Centro	Texto (50)							
Fecha	Fecha Anoscopia	Fecha (dd/mm/aaaaa)							
CodResultado	Resultado Anoscopia	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sugestiva de displasia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>No sugestiva de displasia</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Sugestiva de displasia	2	No sugestiva de displasia
codigo	nombre								
1	Sugestiva de displasia								
2	No sugestiva de displasia								

Tabla: satVPH_Biopsia

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN												
Codigoident	Identificador	Texto (12)													
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)													
Centro	Centro	Texto (50)													
Fecha	Fecha Anoscopia	Fecha (dd/mm/aaaaa)													
codTipoBiopsia	Tipo de Biopsia	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Biopsia Canal Anal</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Biopsia Piel Perianal</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Biopsia Canal Anal	2	Biopsia Piel Perianal						
codigo	nombre														
1	Biopsia Canal Anal														
2	Biopsia Piel Perianal														
CodResultado	Resultado Biopsia	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>No válido</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>LSIL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>HSIL</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Carcinoma infiltrante</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	No válido	2	Normal	3	LSIL	4	HSIL	5	Carcinoma infiltrante
codigo	nombre														
1	No válido														
2	Normal														
3	LSIL														
4	HSIL														
5	Carcinoma infiltrante														

Tabla: satVPH_CitologiaAnal

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN				
Codigoident	Identificador	Texto (12)					
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)					
Centro	Centro	Texto (50)					
Fecha	Fecha Citología	Fecha (dd/mm/aaaaa)					
CodResultado	Resultado Citología	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>No válido</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	No válido
codigo	nombre						
1	No válido						

			2	Inflamatorio
			3	ASCUS
			4	ASCUS-HSIL
			5	LSIL
			6	HSIL
			7	Malignidad
			8	Normal

Tabla: satVPH_InfPrevia

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN															
Codigoident	Identificador	Texto (12)																
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)																
Centro	Centro	Texto (50)																
Fecha		Fecha (dd/mm/aaaa)																
CodCitologia	Resultado citología	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ASCUS</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ASCUS-HSIL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>LSIL</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>HSIL</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Malignidad</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	No	2	ASCUS	3	ASCUS-HSIL	4	LSIL	5	HSIL	6	Malignidad	
codigo	nombre																	
1	No																	
2	ASCUS																	
3	ASCUS-HSIL																	
4	LSIL																	
5	HSIL																	
6	Malignidad																	
codBiopsia	Resultado Biopsia	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>LSIL</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>HSIL</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Carcinoma infiltrante</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	No	2	LSIL	3	HSIL	4	Carcinoma infiltrante					
codigo	nombre																	
1	No																	
2	LSIL																	
3	HSIL																	
4	Carcinoma infiltrante																	
codTtoDisplasia	Resultado Displasia	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sí</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Desconocido</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Sí	2	No	3	Desconocido							
codigo	nombre																	
1	Sí																	
2	No																	
3	Desconocido																	

Tabla: satVPH_PCR

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	

Centro	Centro	Texto (50)													
Fecha	Fecha PCR	Fecha (dd/mm/aaaa)													
CodResultado	Resultado PCR	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Positivo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Negativo</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>No válido</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Positivo	2	Negativo	3	No válido				
			codigo	nombre											
			1	Positivo											
			2	Negativo											
3	No válido														
codTipoVPH	Tipo VPH	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>No AR</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Otros AR no 16/18</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>AR no especificado</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	No AR	2	16	3	18	4	Otros AR no 16/18	5	AR no especificado
			codigo	nombre											
			1	No AR											
			2	16											
			3	18											
4	Otros AR no 16/18														
5	AR no especificado														

Tabla: satVPH_Procedimiento

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN																		
Codigoident	Identificador	Texto (12)																			
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)																			
Centro	Centro	Texto (50)																			
Fecha	Fecha Procedimiento	Fecha (dd/mm/aaaa)																			
CodResultado	Resultado procedimiento	Texto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>codigo</th> <th>nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Crioterapia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Imiquimod</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Coagulación infrarrojos</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Electrocauterización</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>TCA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Cirugía</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Quimioterapia</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Radioterapia</td> </tr> </tbody> </table>	codigo	nombre	1	Crioterapia	2	Imiquimod	3	Coagulación infrarrojos	4	Electrocauterización	5	TCA	6	Cirugía	7	Quimioterapia	8	Radioterapia
			codigo	nombre																	
			1	Crioterapia																	
			2	Imiquimod																	
			3	Coagulación infrarrojos																	
			4	Electrocauterización																	
			5	TCA																	
			6	Cirugía																	
			7	Quimioterapia																	
8	Radioterapia																				

Tabla: satVPH_VacunaVPH

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	

Centro	Centro	Texto (50)		
Fecha	Fecha Vacuna	Fecha (dd/mm/aaaaa)		
CodVacuna	vacuna	Texto	codigo	nombre
			1	Cervarix
			2	Gardasil 4
			3	Gardasil 9

Tabla: serologia_aghbs

Información HB (Un registro por prueba serológica de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
AgHBs	AgHBs	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 9 'NC'
AcHBs	AcHBs	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 9 'NC'
AcHBc	AcHBc	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 9 'NC'
AgHBe	AcHBe	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 9 'NC'

Tabla: serologia_mantoux

Información mantoux (Un registro por prueba mantoux o quantiferon de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Mantoux	Mantoux	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: serologia_neumo

Información vacuna neumococo (Un registro por seguimiento vacunal de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Vacneumo	Vacuna Neumococo	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: serologia_sifilis

Información Sífilis (Un registro por cada prueba de sífilis de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Sifilis	Sífilis	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: serologia_tbc

Información profilaxis TBC (Un registro por profilaxis de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Proftbc	Profilaxis TBC	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: serologia_vhb

Información vacuna HB (Un registro por seguimiento vacunal de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
Vachb	Vacuna HB	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: serologia_vhc

Información VHC (Un registro por prueba serológica de cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha prueba	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
VHC	Virus Hepatitis C	Numérico (Entero largo)	1 'Positivo' 2 'Negativo' 3 'NC'

Tabla: situacion_laboral
Información sobre situación laboral (Un registro por cambio en cada paciente)

VARIABLE	DESCRIPCIÓN DEL CAMPO	FORMATO	CODIFICACIÓN
Codigoident	Identificador	Texto (12)	
Histoclinica	Historia Clínica	Texto (15)	
Centro	Centro	Texto (50)	
Fecha	Fecha	Fecha (dd/mm/aaaaa)	
EMPLOY	Situación Laboral	Numérico (Entero)	1 'Empleado por cuenta ajena' 2 'Autónomo o empresa familiar' 3 'Contrato en prácticas' 4 'Sin empleo (Búsqueda activa)' 5 'Estudiante' 6 'Jubilado/Prejubilado' 7 'Trabajo doméstico no remunerado' 8 'Incapacitado por enfermedad' 9 'Otra situación' 99 'desconocido'
CONTRACT	Tipo de contrato (Solo si EMPLOY=1)	Numérico (Entero)	1 'Contrato indefinido' 2 'Contrato temporal' 3 'Otro' 4 'desconocido'

[Volver al índice](#)