



iPROVE-O₂

Individualized Perioperative Open Lung Ventilatory Strategy with
High vs. Conventional Oxygen

Identificador	
HOSPITAL	
SUJETO	
INVESTIGADOR	

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)
Versión 04.0 de Fecha 01-marzo-2018

CONFIDENCIAL

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

DATOS DEMOGRÁFICOS			
Edad (años)		Altura (cm)	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Peso (kg)	
Fecha de ingreso		IMC (kg/m ²)	
Fecha de alta		Fecha de cirugía	
Fecha de obtención del consentimiento		Fecha de aleatorización	

Criterios de inclusión	SI	NO
Edad igual o superior a 18 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía abdominal programada prevista de >2 horas de duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma del consentimiento informado para participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Criterios de exclusión	SI	NO
Mujer embarazada o en periodo de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participación en otro protocolo de intervención experimental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMC > 35 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mm Hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo hemodinámico: IC < 2,5 ml/min/m ² y/o inotrópicos previo a la cirugía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico o sospecha de hipertensión endocraneal (presión intracraneal > 15 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de neumotórax. Presencia de bullas gigantes en la Rx de tórax o TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Una vez cumplido los criterios de inclusión, será obligatorio solicitar o disponer del consentimiento informado antes de seguir con el estudio.

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Cirugía prevista		
Tipo de procedimiento:		
<input type="checkbox"/> Laparotomía <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Conversión de laparoscopia a laparotomía		
Tipo de cirugía (elegir la más aproximada)		
<input type="checkbox"/> Duodenopancreatectomía	<input type="checkbox"/> Carcinomatosis	
<input type="checkbox"/> Resección hepática	<input type="checkbox"/> Bricker	
<input type="checkbox"/> Cirugía colorectal	<input type="checkbox"/> Vascular	
<input type="checkbox"/> Gastrectomía	<input type="checkbox"/> Otras	
¿Es cirugía oncológica?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DATOS PREOPERATORIOS			
Diagnóstico primario			
ASA			
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			
ARISCAT			
<input type="checkbox"/> Moderado (26-44 puntos) <input type="checkbox"/> Alto (> 44 puntos)			
SpO ₂ (FIO ₂ 0.21)		Hb preoperatoria (g/dl)	
Infección respiratoria durante el último mes			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Antecedentes personales			
	SI	NO	
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Diabetes mellitus II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ex fumador (> 3 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consumo de alcohol (más de 2 bebidas diarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dislipemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SAOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escala STOP-Bang			
¿Ronca fuertemente? (Se le puede oír a través de una puerta cerrada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿A menudo se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha observado alguien si usted deja de respirar durante el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está o ha estado recibiendo tratamiento para la tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su IMC es >35 kg/m ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Es mayor de 50 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su circunferencia del cuello es >40 cm.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El paciente es de género masculino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Farmacología previa	SI	NO	Si SI, indicar cual:
Uso de Antibióticos en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AntiHTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhaladores (SIN corticoides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhaladores (CON corticoides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corticoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quimioterapia previa a la cirugía?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Radioterapia previa a la cirugía?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

MANEJO VENTILATORIO
Intraoperatorio
<p>Ventilación controlada por volumen. VT = 8 ml/Kg (PBW) Pplat ≤ 25 cmH2O Flujo cuadrado</p> <p>FR para mantener una PaCO2 = 35-45 mmHg I:E de 1:2 Tpo meseta 10%</p> <p>PEEP de 5 cmH2O o 10 si IMC>30 hasta MRA</p> <p>MRA (10 min tras datos basales) y ajuste de open lung PEEP (OL-PEEP).</p> <p>Reevaluación OL-PEEP cada 40 min. Si disminución de Crs ≥ 10%, disminuir FIO2 a 0.21. Si SpO2 ≤96% = nueva maniobra y cálculo de OL-PEEP.</p> <p style="text-align: center;">FIO2. Grupo elevada FIO2 = 0.8 Grupo convencional = 0.3</p>
Postoperatorio
<p>Grupo elevada FIO2 = mascarilla reservorio FIO2 0.8</p> <p>Grupo convencional = mascarilla venturi FIO2 0.3</p>
Para TODOS los pacientes: CPAP 5 cmH2O o 10 si IMC >30 si Air test + (15-30 minutos en URPA)

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

DATOS INTRAOPERATORIOS			
	Basal (10 min tras IOT, pre-MRA)	Media (60 min tras ajuste)	Final (pre-extubación)
PEEP (OL-PEEP) (mmHg)			
FR			
VT (ml)			
SpO₂ (%)			
FIO₂			
PaO₂ (mmHg)			
PaO₂/FiO₂ (mmHg)			
PaCO₂ (mmHg)			
pH			
ORI			
Índice de perfusión			
PVI			
SpHb			
Presión Pico (mmHg)			
Presión meseta (mmHg)			
Crs (ml/cmH₂O)			
PAM (mmHg)			
IC (ml/min/m²)			
VVS (%)			
T^a esogálica			
Glucemia (mg/dl)			
Fluidos (ml)			
Cristaloides		C.Hematíes	
Coloides		Otros	
Pérdida de sangre estimada		Diuresis	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Información adicional			
Duración de la cirugía (min)		Duración de la VM (min)	
Posicionamiento			
Supino <input type="checkbox"/>	Trend <input type="checkbox"/>	Antitrend <input type="checkbox"/>	
Rango de Presiones de neumoperitoneo (mmHg)		Máx:	Mín:
rSO2			
Basal		Descenso \geq 15 % frente al basal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Uso de fármacos vasoactivos (no relacionados con MRA)			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es SI, indicar cual:			
Fármaco			Dosis (mg/kg)
<input type="checkbox"/> Noradrenalina			
<input type="checkbox"/> Dobutamina			
<input type="checkbox"/> Efedrina			
<input type="checkbox"/> Fenilefrina			
Manejo anestésico			
Hipnótico			
<input type="checkbox"/> Intravenoso		<input type="checkbox"/> Halogenado	
RNM			
<input type="checkbox"/> Cis-Atracurio		<input type="checkbox"/> Atracurio	
<input type="checkbox"/> Rocuronio		<input type="checkbox"/> Otro, indicar:	
¿Reversión RNM?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si SI, indicar cual:		<input type="checkbox"/> Sugamadex	<input type="checkbox"/> Neostigmina
Monitorización TOF			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Analgesia		
<input type="checkbox"/> Fentanilo	<input type="checkbox"/> Remifentanilo	
<input type="checkbox"/> Lidocaína	<input type="checkbox"/> Otro, indicar:	
Epidural		
Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
SNG		
Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI: ¿retirada SNG pre-extubación?		
Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Profilaxis PONV		
Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI, indicar cual:		
<input type="checkbox"/> Dexametasona	<input type="checkbox"/> Ondansetron	<input type="checkbox"/> Otro, indicar:
Profilaxis antibiótica (dentro de los 60 minutos previos a incisión de herida quirúrgica)		
Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI, indicar cual:		
Maniobra de reclutamiento alveolar (MRA)	Crs (ml/cmH₂O)	OL-PEEP (cmH₂O)
Primera MRA		
Siguientes MRA (si caída de Crs \geq 10% y SpO ₂ \leq 96% a FIO ₂ de 0.21)		
40 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		
80 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		
120 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		
160 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		
200 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		
240 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, si SI indicar:		

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

280 minutos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No,	si SI indicar:		
320 minutos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	si SI indicar:	
MRA por desconexión accidental					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si SI, indicar número de maniobras realizadas:					
Fracaso de la MRA					
Primera MRA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tras administrar efedrina/fenilafrina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Siguientes MRA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tras administrar efedrina/fenilafrina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Maniobras de rescate intraoperatorio (Ver criterios en el protocolo)					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

DATOS POSTOPERATORIOS	
Maniobras de rescate postoperatorio (ver criterios en el protocolo)	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, indicar:	
Incremento CPAP <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VMI	
Paciente extubado en quirófano*	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si NO, indicar la causa:	
<input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Hemodinámica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Otras, indicar:	
¿Ingreso en UCI no previsto por VM?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiempo de VM hasta la extubación (min)	
¿Se siguió el manejo postqx según el protocolo?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Si NO, indicar causa:		
* (En caso de no extubación intraoperatoria los datos del día 0, 1 y 2 serán recogidos tras extubación. Los datos del día 7 y 30 (outcome primario y secundario) serán recogidos desde el día de la cirugía.)		
Control analgésico		
Fármaco de analgesia		
<input type="checkbox"/> Cloruro mórfico <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Otro, indicar:		
Epidural		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
EVA (La evaluación para EVA se hará previo al diagnóstico de atelectasia/hipoxemia)		
Minutos tras cirugía	EVA	Dosis de fármaco
15		

NOTA: el nivel de EVA debe ser < 4 antes de realizar la prueba del "Air Test"

Air Test				
Tras 15 min en URPA	SpO ₂		PI	
	ORI		PVI	
	SpHb			

INCIDENTES ADVERSOS	
Se considera incidente adverso cuando directamente relacionado con la MRA aparece:	
Inestabilidad hemodinámica	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Arritmia cardiaca con inestabilidad hemodinámica	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Neumotórax	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	
Intra-operatorio	
Relacionado en el protocolo ventilatorio especificado	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, especificar:	
Relacionado con las MRA	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, especificar:	
Post-operatorio	
Relacionado con la prueba de Air-Test	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, especificar:	
Relacionado con la CPAP	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, especificar:	
Relacionado con las maniobras de rescate ventilatorio	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Si SI, especificar:

Observaciones

Gasometría postoperatoria (tras 3 horas en URPA)			
SpO ₂ (FIO ₂ 0.21) (%)		PaO ₂ (mmHg)	
FIO ₂		PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	
PaCO ₂ (mmHg)		pH	

OUTCOMES POSTOPERATORIOS					
Clasificación de la herida quirúrgica					
<input type="checkbox"/> Limpia			<input type="checkbox"/> Contaminada		
<input type="checkbox"/> Limpia-contaminada			<input type="checkbox"/> Sucia-infectada		
Índice NNIS					
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
Días desde la cirugía					
	0	1	2	7	30
	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
SOFA					
SpO ₂ (FIO ₂ 0.21)(%)					
FIO ₂					

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

DÍA 0		
¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
DÍA 1		
¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
DÍA 2		
¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
DÍA 7		
¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
DÍA 30		
¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si SI indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
Escala ASEPSIS (en caso de infección de herida quirúrgica, indicar el mayor grado)		

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Proporción de herida afectada (%)						
	0	≤20	20-39	40-59	60-79	≥80
Exudado						
Eritema						
Exudado purulento						
Separación de tejido profundo						
Puntos adicionales						
<input type="checkbox"/> Necesidad de antibiótico					10	
<input type="checkbox"/> Drenaje de pus con anestesia local					5	
<input type="checkbox"/> Drenaje de pus con anestesia general					10	
<input type="checkbox"/> Cultivo positivo					10	
<input type="checkbox"/> Duración > 14 días					5	
PUNTUACIÓN TOTAL						
Otras complicaciones						
DÍA 0						
¿Ha tenido alguna complicación en el día 0 post-cirugía?						
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Si SI indicar cual:						
<input type="checkbox"/> Sepsis			<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura (causa mecánica)			
<input type="checkbox"/> Shock séptico			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección urinaria			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo renal			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delirio			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ileo Paralítico			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelectasia			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARDS			

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso de destete
DÍA 1	
¿Ha tenido alguna complicación en el día 1 post-cirugía?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura (causa mecánica)
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso de destete
DÍA 2	
¿Ha tenido alguna complicación en el día 2 post-cirugía?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura (causa mecánica)
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso de destete
DÍA 7	
¿Ha tenido alguna complicación en el día 7 post-cirugía?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura (causa mecánica)
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso de destete
DÍA 30	
¿Ha tenido alguna complicación en el día 30 post-cirugía?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura (causa mecánica)
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arritmias

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso de destete
Ingreso en UCI	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar causa:	
<input type="checkbox"/> Programada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Fallo renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo hemodinámico
<input type="checkbox"/> Otras, indicar:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracaso Multiorgánico
Fecha de alta de UCI	
¿Reingreso en UCI?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI indicar causa:	
<input type="checkbox"/> Fracaso Multiorgánico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Fallo renal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallo hemodinámico
<input type="checkbox"/> Otras, indicar:	Días de estancia en el reingreso en UCI
Reintervención (siguientes 30 días a la cirugía)	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si SI, indicar causa:	
<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Dehiscencia

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Otras, especificar:
Reingreso en hospital (siguientes 30 días a la cirugía)	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Supervivencia	Vivo	Exitus
Estado al alta hospitalaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado a los 30 días post-cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado a los 180 días post-cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado a los 365 días post-cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones		

¿Fue el paciente excluido del estudio?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si SI indicar causa:
<input type="checkbox"/> El paciente revoca consentimiento
<input type="checkbox"/> La intervención quirúrgica no se realiza
<input type="checkbox"/> El paciente cumple alguno de los criterios de exclusión
<input type="checkbox"/> Otras, especificar:

HOSPITAL		SUJETO	
-----------------	--	---------------	--

Firmado:

Nombre y apellidos:

Fecha:

**NOTA: Al final del estudio se recogerá una copia del CRD en papel
completado y firmado por el Investigador.**