



**Reducción de complicaciones post-operatorias pulmonares mediante una estrategia ventilatoria perioperatoria de apertura pulmonar individualizada en pacientes intervenidos de cirugía torácica.**

**IP**

Identificador	
HOSPITAL	
SUJETO	
INVESTIGADOR	

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)  
Versión 2.0 de Fecha 19-Enero -2018

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

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

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

<b>Criterios de exclusión</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDRA moderado o grave PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200 mm Hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo hemodinámico: IC < 2,5 ml/min/m <sup>2</sup> y/o inotrópicos previo a la cirugía y/o diagnóstico de insuficiencia cardiaca NYHA IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VM en los últimos 15 días por patología aguda o reagudización de proceso crónico	<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"/>
Cirugía previa de resección pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

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

<b>Cirugía prevista</b>		
<b>Tipo de procedimiento:</b>		
<input type="checkbox"/> Toracotomía <input type="checkbox"/> Toracosopia <input type="checkbox"/> Conversión de toracosopia a toracotomía		
<b>Tipo de cirugía (elegir la más aproximada)</b>		
<input type="checkbox"/> Neumonectomía	<input type="checkbox"/> Lobectomía	
<input type="checkbox"/> Bilobectomía	<input type="checkbox"/> Segmentectomía	
<input type="checkbox"/> Otras		
<b>¿Es cirugía oncológica?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

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

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
<b>Escala STOP-Bang</b>			
¿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 <sup>2</sup> ?	<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"/>	
<b>Farmacología previa</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si SI, indicar cual:</b>
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"/>	

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhaladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corticoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>¿Quimioterapia previa a la cirugía?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Radioterapia previa a la cirugía?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<b>DATOS INTRAOPERATORIOS</b>					
	<b>T0 Basal TLV</b> (10 min tras IOT)	<b>T1 Basal OLV</b> (Tras comprobación del tubo)	<b>T2 Basal OLV</b> (20 minutos tras OLV)	<b>T3 Final OLV</b>	<b>T4 Final cirugía</b> (pre-extubación)
<b>PEEP (OL-PEEP)</b> (mmHg)					
<b>FR</b>					
<b>VT (ml)</b>					
<b>SpO<sub>2</sub> (%)</b>					
<b>FIO<sub>2</sub></b>					
<b>PaO<sub>2</sub> (mmHg)</b>					
<b>PaCO<sub>2</sub> (mmHg)</b>					
<b>pH</b>					
<b>Presión Pico (mmHg)</b>					
<b>Presión meseta (mmHg)</b>					
<b>Crs (ml/cmH<sub>2</sub>O)</b>					
<b>PAM (mmHg)</b>					
<b>IC (ml/min/m<sup>2</sup>)</b>					

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<b>Fluidos (ml)</b>					
Cristaloides				C.Hematíes	
Coloides				Otros	
Pérdida de sangre estimada				Diuresis	
<b>Información adicional</b>					
Duración de la cirugía (min)		Duración de la OLV (min)		Duración de la OLV +TLV (min)	
<b>Lado quirúrgico</b>					
Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/>					
<b>Uso de fármacos vasoactivos (no relacionados con MRA)</b>					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es SI, indicar cual:					
<b>Fármaco</b>				<b>Dosis (mg)</b>	
<input type="checkbox"/> Noradrenalina					
<input type="checkbox"/> Dobutamina					
<input type="checkbox"/> Efedrina					
<input type="checkbox"/> Fenilefrina					
<b>Manejo anestésico</b>					
<b>Hipnótico</b>					
<input type="checkbox"/> Intravenoso			<input type="checkbox"/> Halogenado		
<b>RNM</b>					
<input type="checkbox"/> Cis-Atracurio			<input type="checkbox"/> Atracurio		
<input type="checkbox"/> Rocuronio			<input type="checkbox"/> Otro, indicar:		
<b>¿Reversión RNM?</b>					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si SI, indicar cual: <input type="checkbox"/> Sugamadex <input type="checkbox"/> Neostigmina					

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<b>Monitorización TOF</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Analgesia</b>		
<input type="checkbox"/> Fentanilo	<input type="checkbox"/> Sulfentanilo	
<input type="checkbox"/> Remifentanilo	<input type="checkbox"/> Otro, indicar:	
<b>Epidural (Uso intraoperatorio)</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Profilaxis PONV</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si SI, indicar cual:		
<input type="checkbox"/> Dexametasona	<input type="checkbox"/> Ondansetrón	<input type="checkbox"/> Otro, indicar:
Profilaxis antibiótica (dentro de los 60 minutos previos a incisión de herida quirúrgica)		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si SI, indicar cual:		
<b>Maniobra de reclutamiento alveolar (MRA)</b>	<b>Crs (ml/cmH<sub>2</sub>O)</b>	<b>OL-PEEP (cmH<sub>2</sub>O)</b>
<b>Primera MRA</b>		
<b>Siguientes MRA</b> <b>(si caída de Crs ≥ 10%)</b>		
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:		
280 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,   si SI indicar:		
320 minutos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,   si SI indicar:		
<b>MRA por desconexión accidental</b>		



<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si SI, indicar número de maniobras realizadas:			
<b>Fracaso de la MRA</b>			
Primera MRA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tras administrar efedrina/fenilefrina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Siguientes MRA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tras administrar efedrina/fenilefrina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Maniobras de rescate intraoperatorio</b> (Ver criterios en el protocolo)			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Hipoxemia (SpO<sub>2</sub>&lt;90)</b>			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si SI indicar tratamiento:			
<input type="checkbox"/> Comprobación correcta colocación TDL o BBq		<input type="checkbox"/> Aspiración secreciones	
<input type="checkbox"/> Reclutamiento		<input type="checkbox"/> CPAP	
<input type="checkbox"/> Reinstauración ventilación bilateral		<input type="checkbox"/> Otros	

<b>DATOS POSTOPERATORIOS</b>	
<b>Gafas nasales de alto flujo (grupo iOLA-iHFNC) (Solo si SpO<sub>2</sub> &lt;97% (FIO<sub>2</sub> 0.21)</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Maniobras de rescate postoperatorio</b> (ver criterios en el protocolo)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si SI, indicar:	
VMNI <input type="checkbox"/> VMI	
<b>Paciente extubado en quirófano*</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si NO, indicar la causa:	
<input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Hemodinámica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Otras, indicar:	
Tiempo de VM hasta la extubación (min)	

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

¿Se siguió el manejo postqx según el protocolo?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si NO, indicar causa:		
* (En caso de no extubación intraoperatoria los datos del día 0, 1 y 3 serán recogidos tras extubación. Los datos del día 7 y 30 (outcome primario y secundario) serán recogidos desde el día de la cirugía.)		
<b>Control analgésico</b>		
<b>Fármaco de analgesia</b>		
<input type="checkbox"/> Cloruro mórfico <input type="checkbox"/> Fentanilo <input type="checkbox"/> Otro, indicar:		
<b>Epidural</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Paravertebral</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>EVA</b> (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"

<b>Air Test</b>		
<b>Tras 15 min en URPA</b>	SpO <sub>2</sub>	

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

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

Si     No

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

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si SI, especificar:
<b>Observaciones</b>

<b>Gasometría postoperatoria (tras 6 horas en URPA)</b>			
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)		PaO <sub>2</sub> (mmHg)	
FIO <sub>2</sub>		PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> (mmHg)	
pH			
<b>SpO<sub>2</sub> (FIO<sub>2</sub> 0.21) (%) (tras 6 horas en URPA)</b>			

<b>OUTCOMES POSTOPERATORIOS</b>	
<b>Complicaciones postoperatorias</b>	
<b>DÍA 0</b>	
<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 0 post-cirugía?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si <b>SI</b> indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave
<input type="checkbox"/> Infección pulmonar	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Atelectasia que requiera broncoscopia	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Neumotórax contralateral al pulmón quirúrgico

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Neumonitis por aspiración	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar
<input type="checkbox"/> Reagudización EPOC	<input type="checkbox"/> Fístula broncopleural (con o sin reintervención)
<input type="checkbox"/> Empiema pleural (con o sin reintervención)	<input type="checkbox"/> Requerimiento medidas de rescate (CPAP, VMNI, VMI)
<input type="checkbox"/> Reintubación	<input type="checkbox"/> Atelectasia sin broncoscopia
<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/> Otras infecciones diferentes a la de herida quirúrgica
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <i>de novo</i>	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal agudo
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Hemotórax (con o sin reintervención y/o transfusión)

### DÍA 1

¿Ha tenido alguna complicación en el día 1 post-cirugía?

Si     No

Si SI indicar cual:

<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave
<input type="checkbox"/> Infección pulmonar	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Atelectasia que requiera broncoscopia	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Neumotórax contralateral al pulmón quirúrgico
<input type="checkbox"/> Neumonitis por aspiración	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar
<input type="checkbox"/> Reagudización EPOC	<input type="checkbox"/> Fístula broncopleural (con o sin reintervención)
<input type="checkbox"/> Empiema pleural (con o sin reintervención)	<input type="checkbox"/> Requerimiento medidas de rescate (CPAP, VMNI, VMI)
<input type="checkbox"/> Reintubación	<input type="checkbox"/> Atelectasia sin broncoscopia
<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/> Otras infecciones diferentes a la de herida quirúrgica
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <i>de novo</i>	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal agudo
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Hemotórax (con o sin reintervención y/o transfusión)

### DÍA 3

¿Ha tenido alguna complicación en el día 3 post-cirugía?

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave
<input type="checkbox"/> Infección pulmonar	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Atelectasia que requiera broncoscopia	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Neumotórax contralateral al pulmón quirúrgico
<input type="checkbox"/> Neumonitis por aspiración	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar
<input type="checkbox"/> Reagudización EPOC	<input type="checkbox"/> Fístula broncopleurales (con o sin reintervención)
<input type="checkbox"/> Empiema pleural (con o sin reintervención)	<input type="checkbox"/> Requerimiento medidas de rescate (CPAP, VMNI, VMI)
<input type="checkbox"/> Reintubación	<input type="checkbox"/> Atelectasia sin broncoscopia
<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/> Otras infecciones diferentes a la de herida quirúrgica
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <i>de novo</i>	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal agudo
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Hemotórax (con o sin reintervención y/o transfusión)
<b>DÍA 7</b>	
<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 7 post-cirugía?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si SI indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave
<input type="checkbox"/> Infección pulmonar	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Atelectasia que requiera broncoscopia	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Neumotórax contralateral al pulmón quirúrgico
<input type="checkbox"/> Neumonitis por aspiración	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar
<input type="checkbox"/> Reagudización EPOC	<input type="checkbox"/> Fístula broncopleurales (con o sin reintervención)
<input type="checkbox"/> Empiema pleural (con o sin reintervención)	<input type="checkbox"/> Requerimiento medidas de rescate (CPAP, VMNI, VMI)
<input type="checkbox"/> Reintubación	<input type="checkbox"/> Atelectasia sin broncoscopia

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/> Otras infecciones diferentes a la de herida quirúrgica		
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <i>de novo</i>	<input type="checkbox"/> Sepsis		
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal agudo		
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Hemotórax (con o sin reintervención y/o transfusión)		
<b>DÍA 30</b>			
<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 30 post-cirugía?</b>			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si SI indicar cual:			
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave		
<input type="checkbox"/> Infección pulmonar	<input type="checkbox"/> ARDS		
<input type="checkbox"/> Atelectasia que requiera broncoscopia	<input type="checkbox"/> Derrame pleural		
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Neumotórax contralateral al pulmón quirúrgico		
<input type="checkbox"/> Neumonitis por aspiración	<input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar		
<input type="checkbox"/> Reagudización EPOC	<input type="checkbox"/> Fístula broncopleurales (con o sin reintervención)		
<input type="checkbox"/> Empiema pleural (con o sin reintervención)	<input type="checkbox"/> Requerimiento medidas de rescate (CPAP, VMNI, VMI)		
<input type="checkbox"/> Reintubación	<input type="checkbox"/> Atelectasia sin broncoscopia		
<input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica	<input type="checkbox"/> Otras infecciones diferentes a la de herida quirúrgica		
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <i>de novo</i>	<input type="checkbox"/> Sepsis		
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal agudo		
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Hemotórax (con o sin reintervención y/o transfusión)		
<b>Clasificación de Claven-Dildo (para la complicación más grave):</b>			
<input type="checkbox"/> Grado I	<input type="checkbox"/> Grado II	<input type="checkbox"/> Grado III	<input type="checkbox"/> Grado IV
<b>Ingreso en UCI</b>			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si SI indicar causa:			
<input type="checkbox"/> Programada		<input type="checkbox"/> Pulmonar	

<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

<input type="checkbox"/> SIRS	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo hemodinámico
<input type="checkbox"/> Fallo renal	<input type="checkbox"/> Fracaso Multiorgánico
<input type="checkbox"/> Otras, indicar:	
Fecha de alta de UCI	
<b>¿Reingreso en UCI?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si SI indicar causa:	
<input type="checkbox"/> Fracaso Multiorgánico	<input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> SIRS	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo hemodinámico
<input type="checkbox"/> Fallo renal	<input type="checkbox"/> Otras, indicar:
Días de estancia en el reingreso en UCI	
<b>Reintervención (siguientes 30 días a la cirugía)</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si SI, indicar causa:	
<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Dehiscencia
<input type="checkbox"/> Infección	<input type="checkbox"/> Otras, especificar:
<b>Reingreso en hospital (siguientes 30 días a la cirugía)</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

<b>Supervivencia</b>	<b>Vivo</b>	<b>Exitus</b>
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"/>



<b>HOSPITAL</b>		<b>SUJETO</b>	
-----------------	--	---------------	--

Estado a los 365 días post-cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones</b>		

<b>¿Fue el paciente excluido del estudio?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
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:

Firmado:	
Nombre y apellidos:	Fecha:

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