



effort trial

**El Efecto de una Dosis Alta de Proteína en Pacientes Críticos:
Un Estudio Aleatorizado Multicéntrico Basado en Registros.
“El Estudio EFFORT”**

Clinical trials.gov ID del estudio NCT03160547

Instrucciones de la Hoja de Trabajo del Paciente- CRF

Tabla de contenidos

Completo (<input checked="" type="checkbox"/>)	Estas hojas de trabajo CRF han sido desarrolladas para asistirte en la recolección de datos del estudio. La siguiente tabla puede ser usada para registrar la terminación de la recolección de datos del paciente.	Página
Aleatorización		
	Asignación al grupo de estudio	9-10
Basal / Día 1		
	Información del paciente (APACHE II)	11-25
	Inscripción	26-27
	SOFA Score	28-29
	Evaluación nutricional (Malnutrición, Escala clínica de fragilidad, SARC-F)	30-35
	Objetivos nutricionales (Determinación de objetivos nutricionales, Inicio de la terapia nutricional)	36-39
Datos Diarios		
	Datos nutricionales diarios	40-43
	Datos de soporte nutricional diarios (Nutrición Enteral, Suplementos proteicos, Suplementos modulares no proteicos, Interrupción de NE)	44-48
	Datos diarios nutricionales de IV (Nutrición Parenteral)	49-52
	Datos diarios de proteína (Día 13-28)	53-54
	Adecuación nutricional diaria (automáticamente calculada en REDCap)	55-56
	Vasopresores/ Inotrópicos diarios	58-59
	Terapia de remplazamiento renal diaria	60-61
Resultados		
	Ventilación Mecánica (Fecha de inicio / termino)	62-63
	Resultados Hospitalarios (Estancia UCI, Alta hospitalaria, Resultados a 60 días)	64-68



REDCap™ Verificación de Captura

ID# _____

Esta lista de verificación podrá ser usada por el sitio para mantener seguimiento de los datos que son capturados en REDCap. Marca con una vez que hayas ingresado los datos a REDCap

Forma	Date:	Aleat	Día 1 (Amd UCI)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13 → 28	Resultados
Inclusión	<input type="checkbox"/>															
Exclusión	<input type="checkbox"/>															
Pre-aleatorización	<input type="checkbox"/>															
Aleatorización	<input type="checkbox"/>															
Información del paciente			<input type="checkbox"/>													
Condiciones al registro			<input type="checkbox"/>													
Puntaje SOFA			<input type="checkbox"/>													
Evaluación Nutricional			<input type="checkbox"/>													
Objetivos Nutricionales			<input type="checkbox"/>													
Datos nutricionales diarios			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datos de NE diarios			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nutrición IV diaria			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datos de NP diaria															<input type="checkbox"/>	
Adecuación nutricional diaria <i>(automáticamente calculados)</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vasopresores/ inotrópicos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ventilación mecánica																<input type="checkbox"/>
Terapia de remplazamiento renal (RRT)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Resultados hospitalarios																<input type="checkbox"/>

Las siguientes hojas de trabajo de recolección de datos (es decir, CRF) se han desarrollado para ayudarle con la recolección y el ingreso de datos a REDCap™

Las instrucciones en este documento deben revisarse y seguirse de cerca para asegurar la recopilación adecuada de datos para el estudio EFFORT.

1. Para ayudarlo a realizar un seguimiento, le recomendamos que registre el número de ID del estudio del paciente en cada hoja de trabajo. (Nota: este número es asignado por REDCap™).
2. El formato de fecha que debe usarse al ingresar datos en REDCap™ es año-mes-día, ingresado como aaaa-mm-dd. Por ejemplo, el 8 de septiembre de 2015 se ingresaría como: 2015-09-08.
3. Todas las horas se deben registrar utilizando el reloj de 24 horas (día calendario). La medianoche debe ser ingresada como ; 00:00 hrs.
4. En cualquier lugar que se seleccione 'Other (specify)', debe describir en REDCap™ (en el espacio provisto) el significado de 'Other'.
5. Los días de estudio se definen a continuación y los datos se deben recopilar de acuerdo con los días de estudio :

Día de estudio 1 = fecha de admisión en la UCI (no el día de aleatorización) y tiempo hasta las 23:59 del mismo día.

Día de estudio 2 = el día siguiente que comienza a las 00:00 hasta las 23:59 de ese día

Ejemplo: Un paciente ingresa en la UCI el 8 de septiembre del 2015 a las 4:00 PM (16:00). Los días de estudio serían:

Día de estudio 1 = 2015-09-08 de 16:00 a 23:59 de la misma fecha (2015-09-08)

Día de estudio 2 = 2015-09-09 de 00:00 a 23:59 en 2015-09-09 (misma fecha)

6. Puede haber ocasiones en que los datos no estén disponibles, no sean aplicables o no se conozcan. Es posible que no se haya realizado la medición, no se haya realizado la prueba o que falten datos en el registro médico. Ejemplo: T-bilirrubina no se realizó en un día de estudio en particular. Si los datos son "No disponible" por cualquier motivo, indíquelo seleccionando "No disponible".
7. El plazo para completar la captura de datos en REDCap™ es de 90 días a partir de la fecha de ingreso en la UCI. Para completar el expediente de un paciente en REDCap™, deberá completar toda la entrada de datos y abordar todas las consultas (queries) de datos.

Cribado/ Aleatorización: Elegibilidad del paciente (1)

Instrucciones Generales	<p>Complete toda la información seleccionando la casilla correspondiente e ingresando los datos requeridos para cada campo como se indica. Estos datos se deben recopilar una vez, en el momento de la selección.</p>
Paso 1: Confirma la elegibilidad del paciente	<p>Si es elegible, el paciente debe ser asignado al estudio de forma aleatoria dentro de las 96 h posteriores al ingreso en su UCI.</p>
Criterios de Inclusión	<p>1. ≥ 18 años de edad.</p> <p>2. Tenga uno o más de los siguientes factores de riesgo que los convierten en un alto riesgo nutricional.</p> <p>Cada paciente deberá ser evaluado para detectar la presencia de 2. a-e de estos criterios de riesgo nutricional; sin embargo, puede ser difícil establecer contacto con un familiar/representante para realizar algunas de estas evaluaciones durante el cribado (por ejemplo, SARC-F). Si no puede completar algunas de las evaluaciones enumeradas a continuación, ¡está bien! Responda lo mejor que pueda al momento de la selección. Siempre que el paciente cumpla con al menos uno de estos criterios, por ejemplo, el IMC, califican para la inclusión # 2.</p> <p>NOTA: Una vez que el paciente sea aleatorizado, tendrá más tiempo para recopilar las evaluaciones de malnutrición, SFC y SARC-F (que se registran en la Evaluación nutricional de referencia, ver pág. 30-32).</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Bajo (≤ 25) o alto IMC (≥ 35) (b) Desnutrición moderada a severa (según lo definen las evaluaciones locales). (Consulte la página 30, para obtener información que se recopilará). (c) Fragilidad (Escala de fragilidad clínica de 5 o más según el familiar/apoderado legal). (Consulte la página 32, para obtener información que se recopilará). (d) Sarcopenia (puntuación SARC-F de 4 o más de el familiar/apoderado legal). (Consulte la página 34, para obtener información que se recopilará). (e) Desde el punto de detección, duración proyectada de la ventilación mecánica > 4 días. <p>3. Requerir ventilación mecánica con una duración total real o esperada ≥ 48 horas desde el momento de la selección.</p> <p>Esto incluye cualquier presión inspiratoria positiva (excepto PEEP solamente) administrada a través de un tubo endotraqueal o una traqueotomía. No se permiten los métodos de ventilación no invasivos, como la cánula nasal de oxígeno de alto flujo (OPTIFLOW), BI-PAP o mascarilla-CPAP.</p> <p>La ventana de 48 h debe medirse desde el momento del inicio de la ventilación mecánica (es decir, la intubación). Un paciente ya debería haber alcanzado al menos 48 h de ventilación mecánica o se espera que logre al menos 48 h desde el punto de selección.</p> <p>Además, si el paciente recibió ≥ 48 h de ventilación mecánica, pero fue extubado en el momento de la selección o fue destetado activamente, no inscriba al paciente. Queremos pacientes que permanecerán en la UCI que requieran nutrición artificial durante otros 3-4 días como mínimo desde el momento de la selección.</p> <p>Si el paciente fue intubado fuera del entorno hospitalario (por ejemplo, por paramédicos en el campo o en otro hospital), use el momento preciso de intubación de las notas médicas. Sin embargo, si ese momento no está disponible, use el tiempo de admisión en su hospital para 5 determinar este criterio. <i>Version Septiembre 2018</i></p>

Cribado/ Aleatorización: Elegibilidad del paciente (2)

<p>Criterios de Exclusión</p>	<p>1. > 96 horas continuas de ventilación mecánica antes del cribado. Queremos que la intervención del estudio comience lo antes posible y si han transcurrido más de 96 horas desde el momento de la admisión en la UCI, es probable que ya hayan recibido una cantidad significativa de nutrición. Si el paciente fue intubado fuera del ámbito hospitalario (por ejemplo, por paramédicos en el campo o en otro hospital), use la hora precisa en las notas. Sin embargo, si ese momento no está disponible, use el tiempo de admisión de su hospital para determinar este criterio.</p> <p>2. Se espera la muerte o la retirada de los tratamientos de mantenimiento de la vida dentro de los 7 días posteriores a la selección. Los pacientes que moribundos o que reciben terapia paliativa (se suspende la nutrición) en los días posteriores a la aleatorización no son buenos pacientes del estudio. No nos ayudarán a responder la pregunta del estudio. Por este criterio, nos referimos a una probabilidad muy alta o la muerte o la retirada de los tratamientos de soporte vital (si el paciente tiene un DNR aislado, aún pueden incluirse). Puede ser difícil para algunos clínicos hacer este juicio. Por lo tanto, solo deben excluirse los pacientes con una probabilidad "alta" (> 50%) de no sobrevivir a los próximos 7 días.</p> <p>3. Embarazo. No sabemos la seguridad de la alta proteína en el feto. Se permiten pacientes post-parto y lactantes.</p> <p>4. El clínico responsable considera que el paciente necesita proteínas bajas o altas. Si este es el caso, requerimos un entendimiento de las razones del clínico. De las opciones en el formulario, marque todas las que correspondan.</p> <p>5. El paciente solo requiere nutrición parenteral y el sitio no tiene productos para alcanzar el grupo de dosis de proteína alta.</p>
<p>PASO 2: ¿El sujeto es elegible para el estudio?</p>	<p>Confirme la elegibilidad del paciente con uno de los líderes del estudio. Documentar esta confirmación en el formulario.</p>

Paso 1: Confirmar la Elegibilidad del Paciente

TODOS LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN deben estar marcados como SÍ para que el paciente sea elegible para el estudio:

SI	NO	1. ≥ 18 años de edad	
SI	NO	2. Requerir ventilación mecánica con una duración total real o esperada de la ventilación mecánica > 48 horas	
SI	NO	3. Nutricionalmente de "alto riesgo", que cumpla con uno o más de los criterios a continuación (marque todos los que correspondan):	
		a) IMC bajo (≤ 25) o alto (≥ 35)	SI No
		b) Desnutrición moderada a severa (según lo definen las evaluaciones locales). Documentaremos los medios por los cuales los sitios están haciendo esta determinación y capturaremos los elementos de la evaluación (historial de pérdida de peso, historial de ingesta oral reducida, etc.).	SI No
		c) Fragilidad (Escala de fragilidad clínica 5 o más de el familiar/apoderado legal)	SI No / No realizado
		d) Sarcopenia - (puntuación SARC-F de 4 o más de el familiar/apoderado legal)	SI No / No realizado
		e) Desde el punto de cribado, duración proyectada de la ventilación mecánica > 4 días.	SI No

TODOS LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN se deben marcar como NO para que el sujeto sea elegible para el estudio:

SI	NO	1. > 96 horas continuas de ventilación mecánica antes de la selección (es decir, admisión en la UCI)
SI	NO	2. Se espera la muerte o la retirada de los tratamientos de mantenimiento de la vida dentro de los 7 días posteriores a la selección
SI	NO	3. Embarazada (Nota: los pacientes posparto y lactantes no están excluidos del ensayo)
SI	NO	4. El responsable clínico considera que el paciente necesita proteínas bajas o altas. Si la respuesta es negativa, especifique lo que corresponda: Ya no está gravemente enfermo, Nuevo inicio de SDRA, Empeoramiento de la función renal, Mejora de la función renal, Inicio de diálisis, Nueva herida (no quirúrgica), Nueva herida quirúrgica, Balance de nitrógeno negativo, Aumento de las pérdidas de proteínas, IMC ≥ 30 , Mejora de la insuficiencia hepática, Empeoramiento de la insuficiencia hepática, Otro, especifique: _____.
SI	NO	5. El paciente solo requiere nutrición parenteral y el sitio no tiene productos para alcanzar el grupo de dosis de proteína alta

PASO 2: ¿Es el sujeto elegible para el estudio?

Sí, el sujeto es elegible para el estudio.

Incluya al investigador para la confirmación de elegibilidad y lo apropiado para proceder con el consentimiento

Documento de diálogo con el investigador. Ingrese el nombre del investigador

Continúe con los siguientes pasos a continuación.

No, el sujeto no es elegible para el estudio.

Ingrese el paciente en REDCap™, incluyendo los criterios de exclusión que estaban presentes.

DETENER - No se requiere ninguna otra acción.

Para asegurarse de que sea médicamente adecuado incluir al paciente al estudio, es necesario revisar la elegibilidad del paciente con un médico. Este puede ser el investigador del sitio o el médico responsable del cuidado del paciente.

*La elegibilidad del estudio se discutió con el Dr. _____ on _____ en _____.
nombre del médico fecha hora*

Este paciente cumple con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión y es elegible para participar.

Este paciente NO es elegible para participar.

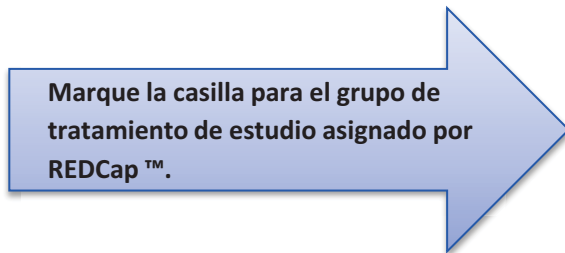
Cribado/ Aleatorización: Asignación al grupo de estudio

Imprima una copia del formulario de aleatorización REDCap™ y archívela junto con este CRF.

<p>El participante ha sido asignado al azar a un grupo de tratamiento de estudio. Registre el grupo de tratamiento de estudio asignado en la hoja de trabajo de CRF.</p>					
<p>Prescripción Nutricional</p>	<p>Los objetivos de proteínas y energía se lograrán a través de cualquier combinación de EN, suplementos de proteínas y PN o aminoácidos. La única diferencia entre las recetas de nutrición entre los 2 grupos de estudio es que se establecen los objetivos de proteínas.</p>				
<p>Objetivo proteico</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p><u>Baja Dosis de Proteína</u> ≤ 1.2 g/kg/día</p> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">O</td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p><u>Alta Dosis de Proteína</u> ≥ 2.2 g/kg/día</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>En ambos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos se calcularan usando el peso seco previo a la UCI Para participantes con IMC > 30, el peso ideal basado en IMC de 25 será usado. </td> </tr> </table> <p>El objetivo proteico debe seguirse diariamente en cada paciente aleatorizado hasta el punto final :</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta de la UCI* Muerte Transición a vía oral Día 28 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>* Si un paciente es dado de alta de la UCI y luego es readmitido en la UCI en <20 hrs, se debe reanudar la proteína objetivo del estudio. Esto debería continuar hasta que ocurra la primera de las siguientes opciones enumeradas a la izquierda.</i></p> </div>	<p><u>Baja Dosis de Proteína</u> ≤ 1.2 g/kg/día</p>	O	<p><u>Alta Dosis de Proteína</u> ≥ 2.2 g/kg/día</p>	<p>En ambos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos se calcularan usando el peso seco previo a la UCI Para participantes con IMC > 30, el peso ideal basado en IMC de 25 será usado.
<p><u>Baja Dosis de Proteína</u> ≤ 1.2 g/kg/día</p>	O	<p><u>Alta Dosis de Proteína</u> ≥ 2.2 g/kg/día</p>	<p>En ambos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los objetivos se calcularan usando el peso seco previo a la UCI Para participantes con IMC > 30, el peso ideal basado en IMC de 25 será usado. 		
<p>Objetivo Calorico</p>	<p>Los objetivos calóricos deben ser los mismos en ambos grupos y recomendamos que los sitios sigan las pautas de práctica clínica de SCCM / ASPEN (McClave JPEN 2016).</p> <p>Para los participantes no obesos, sugerimos que su prescripción calórica sea de alrededor de 20-25 kcal / kg / día. Si el sitio elige utilizar ecuaciones más sofisticadas o calorimetría indirecta, eso es permisible.</p> <p>Para los participantes obesos, si se utiliza la calorimetría indirecta, el objetivo de la prescripcionnutricional debe ser proporcionar energía que no exceda del 65% al 70% de los requisitos medidos. Si no se dispone de calorimetría indirecta o no se utiliza, sugerimos utilizar la ecuación basada en el peso 11–14 kcal / kg de peso corporal real por día para los participantes con IMC en el rango de 30–50 y 22–25 kcal / kg de peso corporal ideal por Día para participantes con IMC > 50.</p>				
<p><i>El equipo del estudio debe hacer todo lo posible para garantizar que el paciente reciba al menos el 80% de sus objetivos de proteínas y calorías cada día.</i></p> <p><i>** REDCap™ tiene una herramienta de Adecuación Nutricional Diaria incorporada para ayudarlo a monitorear esto. **</i></p>					

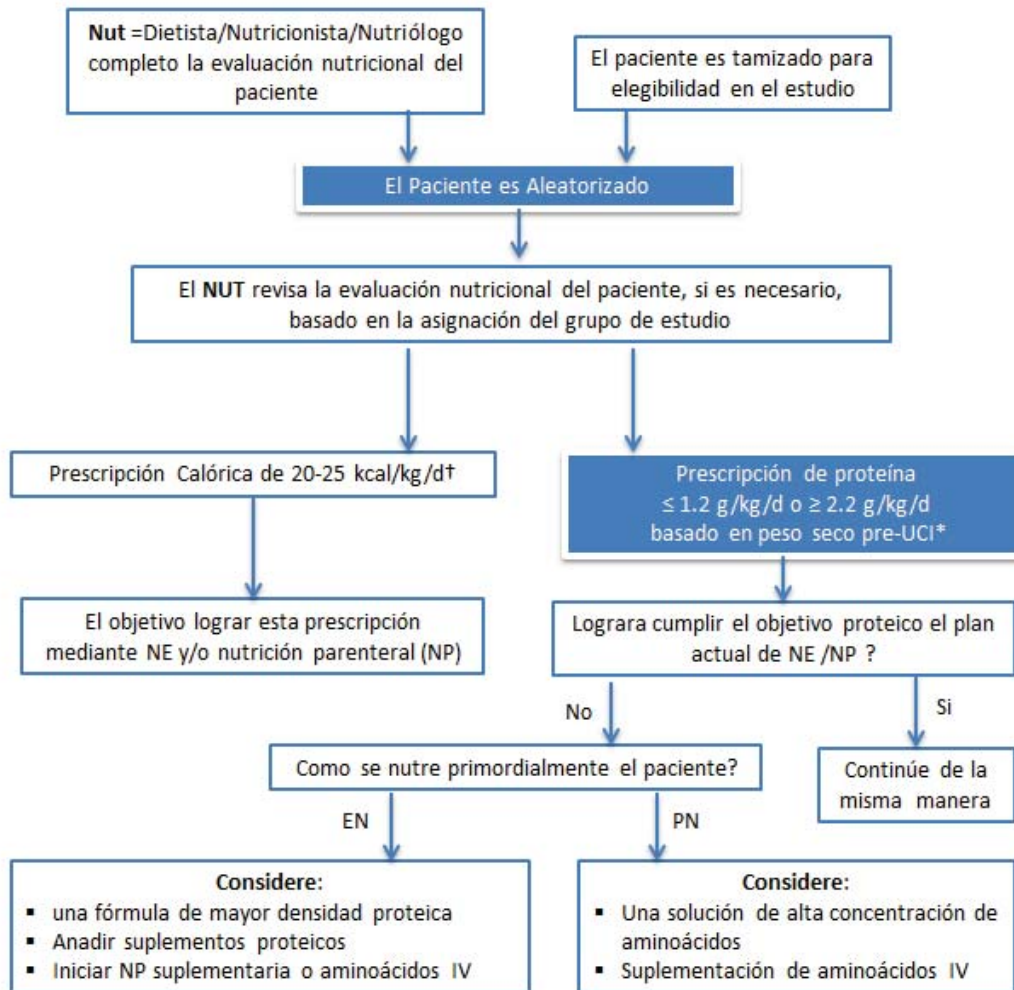
Cribado/ Aleatorización: Asignación al grupo de estudio

Este paciente ha sido asignado al siguiente grupo de tratamiento del estudio:



- Baja Dosis de Proteína (≤ 1.2 g/kg/día)
- Alta Dosis de Proteína (≥ 2.2 g/kg/día)

**** Recuerde usar la herramienta de Adecuación Nutricional Diaria incorporada en REDCap™ para controlar la ingesta de proteínas y calorías del participante. ****



*revisa MPS para detalles si el IMC es <20 o >30

revisa los detalles en el MPS, si el paciente es obeso o si otra formula/ calorimetría indirecta es usada

Basal: Información del Paciente (1)

Por Basal, nos referimos a los datos que se ingresan en REDCap™ solo en el Día 1. **El día 1 es el día de admisión en la UCI.** (Sabemos que esto puede ser un día incompleto). Los datos de cada día de estudio se deben recopilar siguiendo el reloj del calendario (de medianoche a medianoche).

Genero	Seleccione la casilla apropiada (femenina o masculina).
Edad	Ingrese la edad del paciente en años al momento de la admisión en la UCI.
Fecha/hora de admisión hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Ingrese la fecha y la hora en que el participante fue admitido en el hospital. Este es el tiempo formal como se indica en el registro médico. • Para los participantes transferidos de otra institución directamente a la UCI, la fecha / hora de ingreso en la UCI se utilizará para la fecha / hora de ingreso al hospital. Si el tiempo de admisión no está disponible, ingrese la hora de la primera documentación del cuadro.
Fecha/hora de admisión a la UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Ingrese la fecha y la hora en que el participante fue admitido en la UCI en su hospital. • Si el participante ha sido admitido en su UCI varias veces, utilice la admisión más reciente. • Si un participante se transfiere de otra UCI, ingrese la fecha de admisión en su UCI. Si el participante es admitido directamente en su UCI, las fechas y horas de ingreso en la UCI y en el hospital serán las mismas.
Tipo de admisión a la UCI	<p>Elija un en una de las siguientes categorías de tipo de ingreso en la UCI:</p> <p>Médico: definido como un participante admitido en la UCI para el tratamiento de un problema médico (sin ninguna intervención quirúrgica). Esto incluye participantes admitidos de un grupo de intervención de cardiología / radiología y participantes quemados. Continúe con la taxonomía A para el diagnóstico de UCI primaria médica (sistema de afección no operativa).</p> <p>Cirugía Electiva: definida como un participante admitido en la UCI desde la sala de operaciones directamente o una unidad de recuperación después de un procedimiento quirúrgico planificado. Continúe con la taxonomía B para el diagnóstico de UCI primario (sistema de condición operativa).</p> <p>Cirugía de Emergencia : se define como un participante admitido en la UCI directamente del quirófano o una unidad de recuperación después de un procedimiento quirúrgico no planificado. Continúe con la taxonomía B para el diagnóstico de UCI primaria (sistema de condición operativa).</p> <p>Nota: Si un participante quirúrgico desarrolla una complicación médica y se transfiere a la UCI desde la sala de cirugía, esto sería un tipo de admisión "médica".</p>
Diagnóstico primario en la UCI	<p>Elija el diagnóstico más pertinente de la taxonomía provista (A o B) que resultó en la admisión del participante a la UCI. Sólo se puede elegir un diagnóstico. Recuerde, los síntomas no son un diagnóstico de ingreso (por ejemplo, dificultad respiratoria, hipotensión, etc.). Ejemplo: un participante fue ingresado en el hospital para una colecistomía electiva. Después de la operación, el participante experimentó un paro cardíaco en la sala y posteriormente fue admitido en la UCI. Este participante se clasificaría como tipo de ingreso médico y el paro cardíaco como diagnóstico primario en la UCI. Si el diagnóstico de ingreso no está presente en la taxonomía, bajo el tipo de ingreso correcto (médico, quirúrgico electivo o emergencia quirúrgica) seleccione "otro" bajo el sistema corporal apropiado (respiratorio, neurológico, etc.) y especifique el diagnóstico de ingreso. Nota: Estamos específicamente interesados en informar sobre participantes con sepsis, pancreatitis, cirugía bariátrica, SDRA y quemaduras. Si un diagnóstico adecuado para un participante incluye una de estas condiciones, seleccione esta condición con preferencia a otros diagnósticos.</p> <p>Ejemplo: Si un participante es admitido con sepsis y neumonía, seleccione sepsis.</p>

Basal: Información del Paciente (2)

Si el diagnóstico de la UCI= quemado, complete la siguiente sección.

Fecha de la lesión por quemadura	Registre la fecha de la lesión por quemadura.
Área de superficie corporal total quemada (% SCTQ) :	<ul style="list-style-type: none"> Registre el tamaño total de la quemadura como porcentaje del área de superficie corporal total (% SCTQ). Esta evaluación es realizada por el cirujano / médico asistente basándose en su criterio clínico. Registre SCTQ en el número entero más cercano, redondeando hacia arriba desde 0.5 y hacia abajo desde 0.4; es decir, el 26,5% se registra como el 27% y el 26,4% se registra como el 26%.
Tipo de quemadura:	<p>Coloque un en todas las casillas que correspondan al tipo de quemado que tiene el participante y, si el tipo de quemado no está en la lista, coloque un en el cuadro "Otro" y especifique el tipo de quemado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escaldadura Relampago Llama Químico Radiación Eléctrica (alta tensión) Desconocido Otra especificar:
¿Hay presencia de quemadura de espesor total (3er grado)?	Las quemaduras de espesor total destruyen ambas capas de la piel (epidermis y dermis) y pueden penetrar más profundamente en las estructuras subyacentes. Estas quemaduras tienen un aspecto denso blanco, ceroso o incluso carbonizado y el área es rígida. A menudo no hay dolor, ya que los nervios sensoriales en la dermis se destruyen.
¿Está presente la lesión por inhalación? Si es así, especifique la puntuación de gravedad:	<ul style="list-style-type: none"> 0 - Sin lesión - Ausencia de depósitos carbonosos, eritema, edema, broncorrea u obstrucción bronquial 1 - Lesión leve - Áreas leves o irregulares de eritema, depósitos carbonosos, broncorrea u obstrucción bronquial 2 - Lesión moderada: grado moderado de eritema, depósitos carbonosos, broncorrea u obstrucción bronquial 3 - Lesión severa: inflamación severa con friabilidad, depósitos carbonosos copiosos, broncorrea u obstrucción 4 - Lesión masiva - Evidencia de desprendimiento de la mucosa, necrosis, obstrucción endoluminal
Si el Diagnóstico de UCI = Quirúrgico, Vascular / Cardiovascular complete la siguiente sección	
Fecha de la cirugía cardíaca:	Registre la fecha de la cirugía cardiovascular / vascular que resultó en la admisión del participante a la UCI.
Clasificación de angina de pecho de la Canadian Cardiovascular Society (CCS)	<p>El CCS es una herramienta clínica que se utiliza para evaluar el grado de gravedad de la angina de un participante.</p> <p>No angina</p> <p>Clase 1 (I): angina solo con esfuerzo extenuante. (Presencia de angina solo durante las actividades ordinarias extenuantes, rápidas o prolongadas (caminar o subir) las escaleras.</p> <p>Clase 2 (II) - Angina con esfuerzo moderado. Ligera limitación de las actividades ordinarias cuando se realizan rápidamente, después de las comidas, en frío, con viento, bajo estrés emocional, durante las primeras horas después de levantarse, pero también caminando cuesta arriba, subiendo más de un tramo de escaleras ordinarias a un ritmo normal y en condiciones normales.</p> <p>Clase 3 (III) - Angina con esfuerzo leve. Tener dificultades para caminar una o dos tiendas o subir un tramo de escaleras a un ritmo y condiciones normales.</p> <p>Clase 4 (IV) - Angina en reposo. No es necesario hacer ningún esfuerzo para disparar la angina.</p> <p>No hecho</p>

Basal: Información del Paciente (3)

New York Heart Association (NYHA) Functional Classification	<p>La Clasificación funcional de la NYHA proporciona una forma sencilla de clasificar el grado de insuficiencia cardíaca.</p> <p>Clase 1 (I): enfermedad cardíaca, pero sin síntomas y sin limitación en la actividad física ordinaria, por ejemplo. falta de aliento al caminar, subir escaleras, etc.</p> <p>Clase 2 (II): síntomas leves (dificultad para respirar leve y / o angina) y ligera limitación durante la actividad normal.</p> <p>Clase 3 (III): marcada limitación en la actividad debido a los síntomas, incluso durante una actividad menos que ordinaria, por ejemplo. Caminando distancias cortas (20–100 m). Cómodo solo en reposo.</p> <p>Clase 4 (IV) - Limitaciones severas. Experimenta los síntomas incluso en reposo. En su mayoría participantes en cama.</p> <p>No hecho</p>
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI):	<p>La FEVI es una medida importante para determinar qué tan bien está bombeando la sangre el corazón de un participante y para diagnosticar y rastrear la insuficiencia cardíaca. Registre el valor de FEVI más reciente medido, como porcentaje, dentro de los 3 meses de la cirugía.</p> <p>Si el informe de eco incluye resultados descriptivos pero no un porcentaje, documéntelo como sigue:</p> <p>Normal = 51%</p> <p>Moderado = 35%</p> <p>Pobre = 25%</p> <p>Grave = 20%</p>
¿Recibió el participante alguno de los siguientes medicamentos cardíacos en las 4 semanas anteriores al día de la cirugía (seleccione todos):	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidor de la ECA: una clase de medicamentos que se usan principalmente para el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva. Los ejemplos incluyen benazepril, zofenopril, perinodopril, trandolapril, captopril, enalapril, lisinopril y ramipril. • Ácido acetilsalicílico (ASA): la aspirina se usa a largo plazo para ayudar a prevenir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares isquémicos y coágulos de sangre en personas con alto riesgo. • Betabloqueantes: es una clase de medicamento que se usa para controlar las arritmias cardíacas y para proteger al corazón de un segundo ataque cardíaco, después de un primer ataque cardíaco. Los ejemplos incluyen propranolol, labetalol, nadolol y oxprenolol. • Las estatinas - una clase de medicamentos hipolipemiantes. Los ejemplos incluyen atorvastatina (Lipitor), cerivastatina, lovastatina y simvastatina.
Urgencia de la cirugía cardíaca:	<ul style="list-style-type: none"> • Electivo - admisión de rutina para la operación. • Urgente: participantes que no han sido admitidos electivamente para la operación pero que requieren intervención o cirugía en la admisión actual por razones médicas. Estos participantes no pueden ser enviados a casa sin un procedimiento definitivo. • Emergencia: operación antes del comienzo del siguiente día hábil después de la decisión de operar. • Reanimación : participantes que requieren reanimación cardiopulmonar (masaje cardíaco externo) en ruta al quirófano o antes de la inducción de la anestesia. Esto no incluye la reanimación cardiopulmonar después de la inducción de la anestesia.
¿Se consideró que el participante se encontraba en un estado preoperatorio crítico?	<p>Marque "sí" si el participante experimentó al menos uno de los siguientes eventos antes de su cirugía:</p> <p>Taquicardia ventricular;</p> <p>La fibrilación ventricular;</p> <p>muerte súbita abortada;</p> <p>Masaje cardíaco preoperatorio; Ventilación preoperatoria ante sala de anestesia;</p> <p>inótropos preoperatorios;</p> <p>IABP;</p> <p>insuficiencia renal aguda preoperatoria (anuria u oliguria <10 ml / h)</p>

Basal: Información del Paciente (4)

Peso de la intervención quirúrgica.	<p>Esto mide la extensión o el tamaño de la intervención quirúrgica. Todas las intervenciones importantes en el corazón, tales como: CABG, reparación o reemplazo de la válvula, reemplazo de parte de la aorta, reparación de un defecto estructural, procedimiento de laberinto y / o resección de un tumor cardíaco.</p> <p>Teniendo en cuenta la extensión del procedimiento quirúrgico del participante, seleccione una opción de la lista a continuación que describa de manera más apropiada el peso de la intervención quirúrgica: Procedimiento CABG aislado Procedimiento aislado (único) no CABG (por ejemplo, procedimiento de válvula única, reemplazo de aorta ascendente, corrección del defecto septal, etc.); Dos (2) procedimientos (por ejemplo, reemplazo de la válvula aórtica CABG +), o reparación de la válvula mitral CABG +, o reemplazo de la válvula aórtica + reemplazo de la aorta ascendente, o procedimiento de laberinto CABG +, o reemplazo de la válvula aórtica + reparación de la válvula mitral, etc.); Tres (3) procedimientos principales o más (por ejemplo, reemplazo de la válvula aórtica + reparación de la válvula mitral + CABG, o reparación de la válvula mitral + CABG + anuloplastia tricúspide, etc.), o reemplazo de la raíz aórtica cuando incluye reemplazo o reparación de la válvula aórtica + reimplante coronario + Raíz y reemplazo ascendente).</p> <p>NOTA: Solo se deben observar los procedimientos cardíacos mayores. Ejemplos de procedimientos que no se deben incluir son: esternotomía, cierre del esternón, biopsia de miocardio, inserción de balón intraaórtico, alambres de estimulación, cierre de aortotomía, cierre de atriotomía; extirpación del apéndice atrial, endarterectomía coronaria como parte de CABG, etc.</p>
¿La cirugía involucró la aorta torácica?	Indique si la cirugía del participante involucró la aorta torácica.
¿Se utilizó bypass cardiopulmonar (CPB)?	Indique si se utilizó CPB durante el procedimiento quirúrgico cardíaco del participante.
Comorbilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Coloque una <input checked="" type="checkbox"/> al lado de todas las co-morbilidades presentes usando la Taxonomía C provista. • Las comorbilidades se enumeran de acuerdo con el sistema del cuerpo. Sólo se registran las comorbilidades encontradas en la lista de taxonomía. • Si el participante tiene una comorbilidad que no se encuentra en la taxonomía, no es necesario que se ingrese. La información de comorbilidad recopilada se utilizará para calcular el índice de comorbilidad de Charlson y el índice de comorbilidad funcional. <p><u>Ejemplo:</u> el diagnóstico primario en la UCI de un participante es un paro cardíaco y el asmático, tiene diabetes tipo II, es obeso y tiene problemas de audición Bajo co-morbilidades, seleccione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulmonar: Asma • Endocrina: Diabetes tipo I o II • Endocrino: Obesidad y / o IMC > 30 • Misceláneos: Discapacidad Auditiva 	

Instrucciones continúan en la siguiente pagina

Basal: Información del Paciente (5)

<u>Miocardio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Angina: dolor en el pecho causado por la reducción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco. • Arritmia: el latido del corazón es irregular, demasiado rápido o demasiado lento. • Insuficiencia cardíaca congestiva: condición crónica que afecta las cámaras del corazón donde el corazón no funciona como debería. • MI reciente: MI en los últimos 90 días. • MI anterior: MI hace más de 90 días. • Hipertensión pulmonar moderada: RVSP = 31-55 mmHg. • Hipertensión pulmonar grave: RVSP > 55 mmHg. • Valvular: indique si el participante tiene actualmente alguna enfermedad cardíaca valvular no corregida. • Endocarditis activa: el participante aún está en tratamiento con antibióticos para la endocarditis en el momento de la cirugía. • Cirugía cardíaca previa: la cirugía cardiotorácica previa hace que se forme tejido cicatricial y puede aumentar la dificultad y el riesgo en procedimientos posteriores. Captura (sí / no) de procedimientos tanto abiertos como mínimamente invasivos.
<u>Vascular</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión: diagnóstico médico de hipertensión. • Arteriopatía extracardíaca: uno o más de los siguientes: claudicación, oclusión carotídea o > 50% de estenosis, amputación por enfermedad arterial o intervención previa o planificada en la aorta abdominal, arterias de las extremidades o carótida. • Enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular o AIT): cualquier antecedente de síntomas neurológicos documentados compatibles con el accidente cerebrovascular, incluidos, cuando sea posible, pruebas de imágenes de daño isquémico o hemorrágico.
<u>Pulmonar</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar crónica (que no sea la EPOC y el asma): la enfermedad pulmonar intersticial, o ILD, es un término común que incluye más de 200 trastornos pulmonares crónicos. Este tejido puede verse afectado por la fibrosis (cicatrización) y provocar insuficiencia respiratoria. • EPOC: el diagnóstico se confirma y la gravedad se clasifica mediante pruebas de función pulmonar (PFT). La bronquitis y el enfisema se consideran EPOC, el asma no. Enfermedad pulmonar obstructiva o restrictiva grave que requiere suplemento de O₂ en reposo (por ejemplo, enfisema, bronquitis crónica).
<u>Neurologico</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia: indicar si existe un diagnóstico de demencia. • Hemiplejia: Parálisis de un lado del cuerpo. • Enfermedad neurológica: indique si existe un diagnóstico, como EM o Parkinson.
<u>Endocrino</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo 1 o 2 en insulina: independientemente de la duración de la enfermedad, seleccione esta opción si al participante se le prescribe insulina al inicio del estudio • Diabetes tipo II, no con insulina: seleccione si el participante está en tratamiento con agentes hipoglucemiantes orales o si no tiene medicamentos para la diabetes • Diabetes con daño en el órgano terminal: además de seleccionar una de las dos opciones anteriores, indique si hay daño en el órgano terminal debido a la enfermedad • Obesidad: seleccione si el IMC del participante es > 30
<u>Renal</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal moderada: aclaramiento de creatinina 51-85 ml / min. • Enfermedad renal grave: aclaramiento de creatinina <50 ml / min y NO en diálisis • Diálisis (independientemente del nivel de creatinina sérica): esta medida está relacionada con la hemodiálisis, diálisis peritoneal o CRRT. No incluye ultrafiltración. Nota: esto excluiría al participante del estudio si estuviera en diálisis cuando se asignó al azar.

INSTRUCCIONES continued on next page.

Basal: Información del Paciente (6)

<u>Gastrointestinal</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad gastrointestinal: esto incluye hernias o reflujo. • Hemorragia GI: cualquier historial de hemorragia en cualquier parte del tracto gastrointestinal que se haya investigado y / o haya requerido una transfusión de sangre en los últimos 6 meses. • Intestino inflamatorio: indique si el participante ha recibido este diagnóstico • Enfermedad hepática leve: niveles elevados de aminotransferasa sérica o fosfatasa alcalina o ambos, pero bilirrubina sérica total <2.5 mg / dL y sin coagulopatía (INR <1.5) • Enfermedad hepática moderada o grave: enfermedad hepática más allá de la definición anterior para enfermedad hepática leve • Enfermedad de la úlcera péptica: cualquier historial de úlceras (definidas como erosiones de la mucosa iguales o superiores a 0,5 cm) en cualquier área del tracto gastrointestinal.
<u>Cancer/Inmunológico</u>	<p>Indique si el participante tiene un diagnóstico de alguna de las comorbilidades enumeradas (SIDA, tumor, leucemia, linfoma, tumor sólido metastásico).</p>
<u>Psicológico</u>	<p>Indique si el participante tiene un diagnóstico de alguna de las comorbilidades enumeradas (ansiedad, trastorno de pánico, depresión)</p>
<u>Musculoesquelético</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis: seleccione si el participante tiene reumatoide u osteoartritis • Enfermedad del tejido conectivo: indique si el participante ha recibido este diagnóstico • Enfermedad degenerativa del disco: esto incluye enfermedad de la espalda, estenosis espinal o dolor de espalda crónico severo • Osteoporosis: indique si el participante ha recibido este diagnóstico
<u>Uso de sustancias</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso excesivo de alcohol: si el participante tiene un historial documentado de abuso de alcohol en el historial médico, debe anotarse aquí. El consumo excesivo de alcohol o el consumo excesivo de alcohol se definen como > 7 bebidas / semana o > 3 bebidas / ocasión para mujeres y > 14 bebidas / semana o > 4 bebidas / ocasión para hombres. • Fumador actual: se debe seleccionar "Fumador actual" si el participante dejó de fumar <6 semanas antes del procedimiento quirúrgico. • Historial de abuso de drogas: si el participante tiene un historial documentado de abuso de drogas en la historia clínica, debe anotarse aquí.
<u>Diverso</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad auditiva: indique si el participante tiene una audición muy alta, incluso con audífonos. • Discapacidad visual: indique si el participante tiene un diagnóstico de cataratas, glaucoma o degeneración macular. • Deterioro grave de la movilidad: Deterioro grave de la movilidad secundaria a disfunción musculoesquelética o neurológica.

INSTRUCCIONES continued on next page.

Basal: puntuación APACHE II

Puntaje APACHE II

- Si se calcula de forma rutinaria, ingrese directamente la puntuación registrada en el cuadro del participante.
- Para calcular la puntuación, puede utilizar cualquier herramienta que desee. Recomendamos utilizar el siguiente sitio web: <http://www.sfar.org/scores2/apache22.php> Registrar la puntuación calculada.
- Para calcular manualmente el puntaje, use la hoja de trabajo incluida en el CRF.

Instrucciones generales

- Todas las mediciones deben obtenerse dentro de las primeras 24 horas de admisión en la UCI.
- Si solo hay una medida dentro de la ventana de puntuación de 24 h para una variable fisiológica determinada, registre el valor único como el valor más alto Y el más alto.
- Si las variables no están disponibles desde las primeras 24 horas de admisión en la UCI, salga de la ventana de 24 horas y utilice los datos más cercanos a la admisión en la UCI.
- Si alguna de las variables no está disponible (es decir, no hay datos disponibles), asuma un valor normal normal (es decir, "0 puntos").
- Si un paciente ha sido transferido de otra UCI o departamento de emergencia, consulte los datos recopilados fuera del índice de admisión en la UCI (pero aún dentro de la ventana de 24 horas).
- Para todas las mediciones, elija el peor valor, el más anormal. Estos valores pueden ser bajos o altos, pero siempre serán el valor más aberrante con la puntuación más alta (es decir, más lejos de una puntuación de "0").
- No incluya valores del quirófano.
- Si la puntuación APACHE II calculada es ≤ 10 , indique si la puntuación se calculó utilizando datos completos o si se usaron datos parciales (es decir, el CBC nunca se realizó).
- Si el puntaje APACHE II no está disponible, indique el motivo por el cual el puntaje APACHE II no se puede calcular
 - No se tomaron pruebas de sangre
 - No se pueden encontrar datos

Cómo calcular manualmente el puntaje APACHE II



Puntaje de fisiología aguda

Temperatura

Registre las temperaturas corporales "no ajustadas" más bajas y más altas en ° C, incluida la forma en que se midieron: axila, vejiga, esófago, oral, arteria pulmonar, rectal o timpánica.

En el caso de que un paciente se haya enfriado por razones terapéuticas, la temperatura se anotará como normal.

Presión Arterial Media (MAP)

Si hay disponibles MAP precisos, registre el MAP más bajo y más alto

O

Cuando los MAP no están disponibles, registre los siguientes 4 conjuntos de valores:

PASO MÁS BAJO con DBP asociado

DBP MÁS BAJO con SBP asociado

PESO MÁS ALTO con DBP asociado

El DBP MÁS ALTO con SBP asociado

Frecuencia cardíaca (HR)

Las frecuencias cardíacas más bajas y más altas (respuesta ventricular).

Frecuencia respiratoria (RR)

Las tasas respiratorias más bajas y más altas deben ser registradas.

Para los pacientes ventilados, el RR debe ser un total combinado de respiraciones de pacientes y respiradores por minuto.

Puntaje de fisiología aguda	<p><u>Oxigenación</u> MÁS BAJA: Registre la PaO₂ más baja (mmHg) y la SpO₂ correspondiente (%), con la FiO₂ asociada (%) y la PaCO₂. MÁS ALTO: registra la FiO₂ más alta (%) con la PaO₂ asociada, la SpO₂ correspondiente (%) y la PaCO₂. Si se dispone de FiO₂ ≥ 0,5 y hay múltiples ABG, deberá calcular el A • aD₀₂ (gradiente arterial alveolar) para obtener manualmente las puntuaciones más altas y más bajas. Para calcular A • aD₀₂, todos los valores utilizados deben provenir del mismo ABG. $A \bullet aD_{02} = [FiO_2 (713) - (PaCO_2 / 0.8)] - PaO_2$</p> <p><u>pH Arterial</u> Registre los niveles de pH más bajos y más altos medidos. Bicarbonato de suero (No-ABGs disponible) Si no hay ABG disponibles, se debe usar bicarbonato de suero (HCO₃ venoso) en lugar de los datos de oxigenación anteriores.</p> <p><u>WBC</u> Registre los conteos de glóbulos blancos más bajos y más altos.</p> <p><u>Hematocrito</u> Registre el hematocrito más bajo y más alto medido.</p> <p><u>Plaquetas</u> Registre los conteos de plaquetas más bajos y más altos medidos.</p> <p><u>Suero de sodio (Na +)</u> Registre los niveles más bajos y más altos de sodio sérico medidos dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso en la UCI. Si no hay datos; registro NA (no aplicable).</p> <p><u>Suero Potasio (K +)</u> Registre los niveles séricos más bajos y más altos de potasio.</p> <p><u>Creatinina</u> Registre los niveles de creatinina sérica más bajos y más altos.</p> <p>Insuficiencia renal aguda (puntos dobles asignados) El paciente cumple con los criterios de "insuficiencia renal aguda" si se aplica alguna de las siguientes definiciones: La creatinina > 124 µmol / L y ≤ 177 µmol / L y los valores de creatinina subsiguientes muestran un aumento constante a > 177 µmol / L; O Creatinina > 177 µmol / L y El paciente ha documentado creatinidades previas al ingreso ≤ 124 µmol / L; O La creatinina disminuye a <124 µmol / L mientras el paciente está hospitalizado</p> <p><u>GCS</u> La GCS se evalúa sumando la puntuación en 3 dominios: apertura del ojo, respuesta verbal y respuesta motora. La puntuación más alta (más alerta), dentro de las 24 h del insulto agudo, debe registrarse para cada dominio. Si el paciente tiene múltiples GCS registrados en las primeras 24 horas, pierda el puntaje más bajo con el propósito de calcular APACHE II. Si un paciente está intubado y, por lo tanto, no puede verbalizar, pero está siguiendo instrucciones y se está comunicando con gestos y palabras de pronunciación o escribiendo, donde la capacidad de verbalizar está restringida solo por ETT, la puntuación verbal se puede modificar a "5-Converse / Orientado". Si los datos no están disponibles dentro de la ventana de 24 horas, se debe usar una "mejor estimación" antes de la sedación / intubación. En este caso, obtenga información del personal clínico en el servicio de urgencias y / o paramédicos.</p>
------------------------------------	--

Basal: Información para el paciente

Genero: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Edad : _____
Fecha de admisión al hospital Fecha : (YYYY-MM-DD): _____ Hora (HH:MM, 24h): _____	Fecha de admisión a la UCI Fecha : (YYYY-MM-DD): _____ Hora (HH:MM, 24h): _____
Tipo de admisión: <input type="checkbox"/> Medica (elija una opción de la taxonomía 'A') <input type="checkbox"/> Cirugía electiva (elija una opción de la taxonomía 'B') <input type="checkbox"/> Cirugía de emergencia (elija una opción de la taxonomía 'B')	
¿Tiene el paciente alguna comorbilidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ↓ <i>Marque todo lo que corresponda de la taxonomía C - página 23)</i>	
Puntaje APACHE II : _____	
<p>Calcule la puntuación APACHE II con la calculadora en línea: http://www.sfar.org/scores2/apache22.php O Calcule el APACHE II manualmente en el formulario provisto (vea las páginas 24-25).</p>	
<i>Si el puntaje es ≤ 10, ¿es el puntaje APACHE II basado en:</i> <input type="checkbox"/> <i>data Los datos parciales</i> → <i>proporcionan los motivos a continuación.</i> <input type="checkbox"/> <i>Data Datos completos</i>	
<i>Indique el motivo de los datos parciales:</i> <input type="checkbox"/> <i>No se han realizado análisis de sangre.</i> <input type="checkbox"/> <i>No se pueden encontrar datos</i>	

taxonomía A –Diagnostico primario de la UCI: Medico (condición de sistema no quirurgica) (elige uno)

Cardiovascular/Vascular

- Infarto agudo de miocardio
- Aneurisma aórtico
- Paro cardíaco
- shock cardiogénico
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipertensión
- Enfermedad vascular periférica
- Alteración del ritmo
- Otra enfermedad CV (especificar): _____

Respiratorio

- Neumonía por aspiración
- Asma
- Neumonía bacteriana / viral
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Obstrucción mecánica de la vía aérea
- Neumonía parasitaria (es decir, pneumocystis carinii)
- Edema pulmonar (no cardiogénico)
- Embolia pulmonar
- Paro respiratorio
- Neoplasia respiratoria (incluyendo laringe y tráquea)
- Otra enfermedad respiratoria (especificar): _____

Gastrointestinal

- Sangrado GI debido a divertículos
- Sangrado GI debido a úlcera / laceración
- Sangrado GI debido a varices
- Enfermedad inflamatoria GI (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
- Perforación / obstrucción GI
- Cirrosis, aguda o crónica falla hepática
- Pancreatitis
- Otra enfermedad gastrointestinal (especifique): _____

Neurológico

- Hemorragia intracerebral
- Infección neurológica
- Neoplasia neurológica
- Enfermedad neuromuscular
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular
- Hemorragia subaracnoidea
- Otra enfermedad neurológica (especifique): _____

Sepsis

- Sepsis (other than urinary tract)
- Sepsis of urinary tract origin

Trauma

- Traumatismo craneal (con / sin traumatismo múltiple)
- Traumatismo múltiple (excluido el trauma craneal)

Metabólico

- Cetoacidosis diabética
- Sobredosis de drogas
- Coma metabólico
- Otra enfermedad metabólica (especificar): _____

Hematológica

- Coagulopatía / neutropenia trombocitopenia
- Otra condición hematológica (especificar): _____

Quemados†

- Quemados

Otros

- Enfermedad renal (especifique): _____
- Otra enfermedad médica (especifique): _____

† Remember to complete the additional burn related data on page 22.

TAXONOMIA B – Diagnostico UCI primario: Quirúrgico electivo o emergencia (Condición sistema quirúrgico)
seleccione uno)

Cardiovascular/Vascular*

- Únicamente CABG
- Endarterectomía carotídea
- Disección / rotura de aorta
- Reparación de aneurisma abdominal electiva
- Injerto de bypass arterial periférico
- Cirugía vascular periférica (sin injerto de derivación)
- Cirugía cardíaca valvular / CABG
- Cirugía cardíaca valvular solamente
- Otra enfermedad CV (especificar): _____

Respiratorio

- Neoplasia de pulmón
- Infección respiratoria
- Neoplasia respiratoria (boca, laringe sinusal, tráquea)
- Otra enfermedad respiratoria (especificar): _____

Gastrointestinal

- Sangrado gastrointestinal
- Colecistitis / colangitis gastrointestinal
- Enfermedad inflamatoria gastrointestinal
- Neoplasia GI
- Obstrucción gastrointestinal
- Perforación / ruptura GI
- Trasplante de "hígado"
- Pancreatitis
- Otra enfermedad gastrointestinal (especificar): _____

Neurológico

- Craneotomía para neoplasia
- Hemorragia intracerebral
- Laminectomía / otra cirugía de médula espinal
- Hemorragia subaracnoidea
- Hematoma subdural / epidural
- Otra enfermedad neurológica (especificar): _____

Trauma

- Traumatismo craneal (con / sin traumatismo múltiple)
- Traumatismo múltiple (excluido el trauma craneal)

Renal

- Neoplasia renal
- Otra enfermedad renal (especificar): _____

Ginecológico

- Histerectomía

Ortopédico

- Fractura de cadera o extremidad

Cirugía bariátrica

- Bandas laparoscópicas
- Derivación gástrica laparoscópica
- Open Gastric Bypass (Roux-en-Y)
- Gastroplastia con banda vertical

Quemados†

- Quemados

Otros

- Otra enfermedad quirúrgica (especificar): _____

* Recuerde completar los datos adicionales relacionados con la cirugía cardiovascular / vascular en la página 22.

† Recuerde completar los datos adicionales relacionados con la grabación en la página 22.

(Si tiene quemaduras o es quirúrgico, cardiovascular / vascular)

† Si el diagnóstico primario de la UCI es Médico, quemaduras:

Fecha de la lesión por quemadura (YYYY-MM-DD): _____

Superficie corporal total quemada (%SCTQ): _____ %

Tipo de quemadura (elijá todas las que apliquen):

Escaldadura Relámpago Flamas Químico Radiación Eléctrico no se sabe

Otro, especificar: _____

¿Hay presencia de quemaduras de espesor completo? (3 grado)? Si No

¿Hay una lesión por inhalación? Si No



SI, Indique la Puntuación de Severidad de Lesión por Inhalación:

0 – sin lesión 1– mínimo 2 – moderado 3 – severo 4 – masivo

Si el diagnóstico primario de la UCI es quirúrgico, cardiovascular / vascular:

Fecha de la cirugía cardíaca (YYYY-MM-DD): _____

Urgencias: Electiva Urgencia Emergencia Resucitación

¿Se consideró que el paciente se encontraba en un estado preoperatorio crítico?

Si NO

- CABG aislado
- Individual no - CABG
- 2 procedimientos
- 3 procedimientos

¿La cirugía involucró la aorta torácica?

Sí No

¿Se utilizó bypass cardiopulmonar (CPB)?

Sí No

Nueva York Heart Association (NYHA) Funcional Clasificación:

Grado 1 Grado 2 Grado 3

Grado 4 No hecho

Sociedad Canadiense de Cardiovascular (CCS)

Clasificación de la angina de pecho:

Sin angina Grado 1 Grado 2

Grado 3 Grado 4 No hecho

Función de la FEVI: > 50% (normal) 31-50% (moderado) 21-30% (deficiente) <20% (grave)

¿Recibió el paciente alguno de los siguientes medicamentos cardíacos en las 4 semanas previas a la cirugía:

(seleccione todos los dados) Inhibidor de la ECA Aspirina block Bloqueadores beta
 Estatinas Ninguno

TAXONOMIA C - Comorbilidades

Miocardio

- Angina
- Arritmia
- Insuficiencia cardíaca congestiva (o enfermedad cardíaca)
- Infarto de miocardio reciente (≤ 90 días)
- Infarto de miocardio previo (> 90 días)
- Hipertensión pulmonar moderada (PA sistólica / RVSP 31-55 mmHg)
- Hipertensión pulmonar severa (PA sistólica / RVSP > 55 mmHg)
- Valvular
- Endocarditis activa
- Cirugía cardíaca previa

Vascular

- Enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular o AIT)
- Hipertensión
- Arteriopatía extracardíaca

Pulmonar

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, enfisema)

Neurológico

- Demencia
- Hemiplejia (paraplejia)
- Enfermedades neurológicas (como la esclerosis múltiple o el Parkinson)

Endocrino

- Diabetes tipo I o II en la insulina
- Diabetes tipo II sin insulina
- Diabetes con daño en los órganos terminales
- Obesidad y / o IMC > 30 (peso en kg / metros²)

Renal

- Enfermedad renal moderada (depuración de creatinina 51-85 ml / min)
- Enfermedad renal grave (depuración de creatinina ≤ 50 ml / min sin diálisis)
- Diálisis (independientemente de la creatinina sérica)

Gastrointestinal

- Gastrointestinal disease (hernia or reflux)
- GI bleeding
- Inflammatory bowel
- Mild liver disease
- Moderate or severe liver disease
- Peptic ulcer disease

Cáncer / Inmune

- SIDA
- Cualquier Tumor
- Leucemia
- Linfoma
- Tumor sólido metastásico

Psicológico

- Trastornos de ansiedad o pánico
- Depresión

Musculoesquelético

- Artritis (reumatoide u osteoartritis)
- Enfermedad de tejido conectivo
- Enfermedad degenerativa del disco (enfermedad de la espalda o estenosis espinal o dolor de espalda crónico severo)
- Osteoporosis

Uso de sustancias

- Consumo excesivo de alcohol o consumo excesivo de alcohol
- Actual fumador
- Historial de abuso de drogas

Diverso

- Discapacidad auditiva (muy difícil de oír incluso con audífonos)
- Discapacidad visual (cataratas, glaucoma, degeneración macular)
- Deterioro severo de la movilidad

Use values from the first 24 hours from admission to ICU.

Physiologic Variable	HIGH ABNORMAL RANGE						LOW ABNORMAL RANGE					
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	Severity Score		
Severity Points												
1 Temperature – rectal (°C) (add 0.5° to oral temp, add 1.0° to axillary temp)	≥41°	39-40.9°			38.5°-38.9°	36°-38.4°	34°-35.9°	32°-33.9°	30°-31.9°	≤29.9°		
2 Mean Arterial Pressure (mmHg)	≥160	130-159	110-129			70-109		50-69		≤49		
3 Heart Rate (Ventricular Response)	≥180	140-179	110-139			70-109		55-69	40-54	≤39		
4 Resp. Rate (non-ventilated or ventilated)	≥50	35-49			25-34	12-24	10-11	6-9		≤5		
Oxygenation:												
5 a. FIO ₂ ≥ 0.5 record A-aDO ₂ *	≥500	350-499	200-349		<200							
b. FIO ₂ < 0.5 record only PaO ₂						PaO ₂ > 70	PaO ₂ 61-70	PaO ₂ 55-60	PaO ₂ < 55			
6 Arterial pH	≥7.7	7.6-7.69			7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15		
7 Serum Sodium (mmol/L)	≥180	160-179	155-159	150-154		130-149		120-129	111-119	≤110		
8 Serum Potassium (mmol/L)	≥7	6-6.9			5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5		
9 Serum Creatinine (µmol/L) (double point score for acute renal failure)	≥309.4	≥176.8-309.3	≥132-176.7		≥53-132			<53				
10 Hematocrit (%)	≥60	50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9				<20		
11 White Blood Count (total/mm ³) (in 1000s)	≥40	20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9				<1		
12 Glasgow Coma Score (GCS) Score= 15 minus actual GCS												
(Note: The best GCS used for the 1 st 24 hours)												
A=Total ACUTE PHYSIOLOGY SCORE (APS): Total severity points indicated for Variables 1-12 in the column to the right.												
Serum HCO ₃ (venous-mmol/L) (Use in place of variable 6 if no ABGs)	≥52	41-51.9	32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9			<15		

* A-aDO₂ = [(FiO₂ (713)-(PaCO₂0.8)]-PaO₂

Baseline: Patient Information APACHE II Score Sheet (2)

A=	APS Points (see back)	<input type="text"/>
B=	Age Points (see back)	<input type="text"/>
C=	Chronic Health Points	<input type="text"/>
Total= APACHE II Score		<input type="text"/>

Glasgow Coma Scale:

Eye Opening

- 4- Spontaneous
- 3 - To speech
- 2 - To pain
- 1 - None

Best Motor Response

- 6 - Obeys commands
- 5 - Localizes to pain
- 4 - Withdraws from pain
- 3 - Abnormal flexion
- 2 - Extension
- 1 - None

Verbal Response

- 5 - Oriented
- 4 - Confused
- 3 - Inappropriate words
- 2 - Incomprehensible sounds
- 1 - None

How to score age points (B):

Age (years)	Points
≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

How to score chronic health points (C):

If the patient has a history of severe organ system insufficiency (see below) or is immuno-compromised assign points as follows.

1. For non-operative or emergency postoperative patients → 5
2. For elective postoperative patients → 2
3. Patient does NOT have a history of severe organ system insufficiency and is NOT immuno-compromised: → 0

CHRONIC HEALTH DEFINITIONS

Organ insufficiency or immuno-compromised state evident prior to this hospital admission and are consistent with the following criteria:

LIVER: Biopsy-proven cirrhosis and documented portal hypertension; prior episodes of upper GI bleeding attributed to portal hypertension; or prior episodes of hepatic failure/encephalopathy/coma
CARDIOVASCULAR: New York Heart Association Class IV
RESPIRATORY: Chronic restrictive, obstructive, or vascular disease resulting in severe exercise restriction (i.e., unable to climb stairs or perform activities of daily living or household duties; or documented chronic hypoxia, hypercapnia, secondary polycythemia, severe pulmonary hypertension (>40 mmHg), or ventilator dependency
RENAL: Receiving chronic dialysis
IMMUNO-COMPROMISED: The patient has received therapy that suppresses resistance to infection (i.e., immuno-suppressive treatment, chemotherapy, radiation, long term or recent high dose steroids, or has a disease that is sufficiently advanced to suppress resistance to infection (i.e., leukaemia, lymphoma, AIDS)

Basal: Inscripción

Gasto urinario al momento de la aleatorización:	<p>Indique la salida de orina (UO) a la Hora de la aleatorización.</p> <p><input type="checkbox"/> > 0.5 mL/kg/h para 6h, 12h or 24h</p> <p><input type="checkbox"/> <0.5 mL/kg/h para 6h</p> <p><input type="checkbox"/> <0.5 mL/kg/h para 12h</p> <p><input type="checkbox"/> < 0.3 mL/kg/h para 24h</p> <p><input type="checkbox"/> Anuria for 12 h</p>
Creatinina antes del inicio de la enfermedad que llevó al paciente al hospital:	<p>Registre el valor de creatinina antes del inicio de la enfermedad que llevó al paciente al hospital. Nota: se asumirá que las unidades especificadas en los Datos de nutrición diaria del Día 1 son las mismas para el valor de creatinina registrado aquí.</p>
¿Estaba presente una herida en la aleatorización?	<p>Si una herida estaba presente, marque todos los tipos que se aplican de la lista a continuación.</p> <p>Las úlceras por presión, también llamadas "úlceras de decúbito" o "úlceras por decúbito", son lesiones en la piel y el tejido subyacente que resultan de una presión prolongada sobre la piel. Con mayor frecuencia, se desarrollan en la piel que cubre áreas óseas, como talones, tobillos, caderas y coxis.</p> <p>Fístula enterocutánea: es una conexión anormal que se desarrolla entre el tracto intestinal o el estómago y la piel. Como resultado, los contenidos del estómago o los intestinos se filtran a través de la piel. La mayoría de las fístulas enterocutáneas ocurren después de la cirugía intestinal.</p> <p>Abdomen abierto: un defecto de la pared abdominal creado al dejar intencionalmente abierta la incisión abdominal al finalizar la cirugía intraabdominal o al abrir (o reabrir) el abdomen debido a una preocupación por el síndrome del compartimiento abdominal.</p> <p>Dehiscencia de la herida: es una complicación quirúrgica en la cual una herida se rompe a lo largo de una incisión quirúrgica.</p>

Basal: Condiciones durante el enrolamiento

Gasto urinario al momento de la aleatorización:

- > 0.5 mL/kg/h para 6h, 12h or 24h
- <0.5 mL/kg/h para 6h
- <0.5 mL/kg/h para 12h
- < 0.3 mL/kg/h para 24h
- Anuria for 12 h

Creatinina antes del inicio de la enfermedad que llevó al paciente al hospital:

_____ mmol/L mg/dL No disponible

¿Había una herida presente en la admisión a la UCI?

- Si → → → selección las que apliquen :
- No
- Úlcera
- Fístula enterocutánea
- Abdomen abierto
- Dehiscencia de la herida

La úlcera por presión, también llamada "úlceras por decúbito", son lesiones de la piel y el tejido subyacente que resultan de una presión prolongada sobre la piel. Con mayor frecuencia se desarrollan en la piel que cubre áreas óseas, como los talones, tobillos, caderas y cóccix.

Fístula enterocutánea: es una conexión anormal que se desarrolla entre el tracto intestinal o el estómago y la piel. Como resultado, el contenido del estómago o los intestinos se filtra a través de la piel. La mayoría de las fístulas enterocutáneas ocurren después de la cirugía intestinal.

Abdomen abierto: un defecto de la pared abdominal creado al dejar intencionalmente la incisión abdominal abierta al finalizar la cirugía intraabdominal o al abrir (o volver a abrir) el abdomen debido a la preocupación por el síndrome compartimental abdominal.

Dehiscencia de la herida: es una complicación quirúrgica en la que una herida se rompe a lo largo de una incisión quirúrgica.

Basal: Puntaje SOFA

Instrucciones generales	<ul style="list-style-type: none"> Estos datos se recopilan una vez en la línea de base para el cálculo de la puntuación SOFA modificada. Todos los datos se deben recopilar dentro de las primeras 24 horas después de la admisión en la UCI. Si los datos no están disponibles dentro de las primeras 24 horas, salga del período de 24 horas y registre los datos más cercanos a la admisión. 	
PaO₂ / FiO₂ más bajo (Relación PF)	<p>Registre la PaO₂ / FiO₂ más baja (relación PF) observada el día del estudio seleccionando una de las opciones a continuación. Los valores de PaO₂ y FiO₂ deben provenir de la misma medición de gases en sangre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ≥ 400 mmHg o N / A <input type="checkbox"/> 300 - 399 mmHg <input type="checkbox"/> 200 - 299 mmHg <input type="checkbox"/> 100 - 199 mmHg con soporte respiratorio <input type="checkbox"/> <100 mmHg con soporte respiratorio <p>Si 'No' PF ratio, registre N / A seleccionando la primera opción.</p>	
Plaquetas más bajas	<p>Registre las plaquetas séricas más bajas observadas el día del estudio seleccionando una de las opciones a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ≥ 150 x 10³ / mm³ o N / A <input type="checkbox"/> 100 - 149 x 10³ / mm³ <input type="checkbox"/> 50 - 99 x10³ / mm³ <input type="checkbox"/> 20 - 49 x10³ / mm³ <input type="checkbox"/> <20 x10³ / mm³ <p>Si no hay datos de plaquetas, registre N / A seleccionando la primera opción.</p>	
La bilirrubina más alta (total)	<p>Registre la bilirrubina total más alta observada en el día del estudio seleccionando una de las opciones a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <1.2 mg / dL (<20 μmol / L) o N / A <input type="checkbox"/> 1.2 - 1.9 mg / dL (20-32 μmol / L) <input type="checkbox"/> 2.0 - 5.9 mg / dL (33-101 μmol / L) <input type="checkbox"/> 6.0 - 11.9 mg / dL (102-204 μmol / L) <input type="checkbox"/> ≥ 12.0 mg / dL (> 204 μmol / L) <p>Si hay datos de bilirrubina 'No', registre N / A seleccionando la primera opción.</p>	
Vasopresores Presión Arterial Media (MAP)	<p>Si 'Si', seleccione la dosis más alta recibida durante el día de estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dopamina ≤ 5mg / kg / min o Dobutamina (cualquier dosis) <input type="checkbox"/> Dopamina 5 - 15 mg / kg / min o Epinefrina ≤ 0.1 mg / kg / min o Norepinefrina ≤ 0.1 mg / kg / min <input type="checkbox"/> Dopamina > 15 μg / kg / min o Epinefrina > 0.1 μg / kg / min o Norepinefrina > 0.1 μg / kg / min 	<p>Si no:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Presión Arterial Media (MAP) <70 mmHg <input type="checkbox"/> Presión arterial media (MAP) ≥ 70 mmHg
Creatinina más alta	<p>Registre la creatinina más alta observada el día del estudio seleccionando una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <1.2 mg / dL (<110 mmol / L) o N / A <input type="checkbox"/> 1.2 - 1.9 mg / dL (110 - 170 mmol / L) <input type="checkbox"/> 2.0 - 3.4 mg / dL (171 - 229 mmol / L) <input type="checkbox"/> 3.5 - 4.9 mg / dL (300 - 440 mmol / L) <input type="checkbox"/> ≥ 5 mg / dl (> 440 mmol / L) <p>Si no hay datos de creatinina, registre N / A seleccionando la primera opción.</p>	
gasto urinario (mL)	<p>Indique el rango de volumen de la producción de orina para el día del estudio seleccionando de la siguiente lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ≥ 500 mL / día o N / A <input type="checkbox"/> 200 - 499 ml / día <input type="checkbox"/> <200 mL / día <p>Si los datos de producción de orina son 'No', registre N / A seleccionando la primera opción.</p>	

Basal: Puntaje SOFA

NOTA: Todos los valores deben recopilarse dentro de las primeras 24 horas después de la admisión en la UCI.

¿Hay una puntuación SOFA computada disponible?

Si → Si, SOFA Puntuación: _____

No → Si no, ingrese los siguientes datos:

PaO₂ / FiO₂ más bajo (relación PF)	<input type="checkbox"/> ≥ 400 mmHg o N / A <input type="checkbox"/> 300 - 399 mmHg <input type="checkbox"/> 200 - 299 mmHg <input type="checkbox"/> 100 - 199 mmHg con soporte respiratorio <input type="checkbox"/> <100 mmHg con soporte respiratorio	
Plaquetas más bajas	<input type="checkbox"/> ≥ 150 x 10 ³ /mm ³ or N/A <input type="checkbox"/> 100 - 149 x 10 ³ /mm ³ <input type="checkbox"/> 50 - 99 x 10 ³ /mm ³ <input type="checkbox"/> 20 - 49 x 10 ³ /mm ³ <input type="checkbox"/> < 20 x 10 ³ /mm ³	
La bilirrubina más alta (total):	<input type="checkbox"/> < 1.2 mg/dL (< 20 mmol/L) or N/A <input type="checkbox"/> 1.2 - 1.9 mg/dL (20 - 32 mmol/L) <input type="checkbox"/> 2.0 - 5.9 mg/dL (33 - 101 mmol/L) <input type="checkbox"/> 6.0 - 11.9 mg/dL (102 - 204 mmol/L) <input type="checkbox"/> ≥ 12 mg/dL (> 204 mmol/L)	
¿Recibió el paciente vasopresores hoy?		
Si <input type="checkbox"/> No ↓ ↓		
Si 'Si', seleccione la dosis más alta recibida durante el día de estudio. <input type="checkbox"/> Dopamina ≤ 5mg / kg / min o Dobutamina (cualquier dosis) <input type="checkbox"/> Dopamina 5 - 15 mg / kg / min o Epinefrina ≤ 0.1 mg / kg / min o Norepinefrina ≤ 0.1 mg / kg / min <input type="checkbox"/> Dopamina > 15 µg / kg / min o Epinefrina > 0.1 µg / kg / min o Norepinefrina > 0.1 µg / kg / min	<input type="checkbox"/> Presión arterial media (MAP) <70 mmHg <input type="checkbox"/> Presión arterial media (MAP) ≥ 70 mmHg	
¿Cuál es el estado de conciencia del paciente? (Elija las opciones que le den la puntuación más alta).		
<u>Apertura de los ojos</u> <input type="checkbox"/> 1- Ninguno <input type="checkbox"/> 2- al dolor <input type="checkbox"/> 3- Al habla <input type="checkbox"/> 4- Espontáneo	<u>Verbal Response</u> <input type="checkbox"/> 1- Ninguno <input type="checkbox"/> 2- palabras incomprensibles <input type="checkbox"/> 3- Palabras inapropiadas <input type="checkbox"/> 4- Confundido <input type="checkbox"/> 5- Orientado	<u>Best Motor Response</u> <input type="checkbox"/> 1- ninguno <input type="checkbox"/> 2- Extensión <input type="checkbox"/> 3- Flexión abdominal <input type="checkbox"/> 4- Se retira del dolor <input type="checkbox"/> 5- Localiza al dolor. <input type="checkbox"/> 6- Obedece órdenes
Creatinina más alta: <input type="checkbox"/> < 1.2 mg/dL (< 110 mmol/L) or N/A <input type="checkbox"/> 1.2 - 1.9 mg/dL (110 - 170 mmol/L) <input type="checkbox"/> 2.0 - 3.4 mg/dL (171 - 229 mmol/L) <input type="checkbox"/> 3.5 - 4.9 mg/dL (300 - 440 mmol/L) <input type="checkbox"/> ≥ 5 mg/dl (> 440 mmol/L)	Gasto de orina total <input type="checkbox"/> ≥ 500 mL/day or N/A <input type="checkbox"/> 200 - 499 mL/day <input type="checkbox"/> < 200 mL/day	

Basal: Evaluación nutricional

¿Tuvo el paciente pérdida de peso involuntaria antes del ingreso hospitalario?	<p>Selecciona entre Si, no y no lo sé.</p> <p>Si es Si, por favor responda a las siguientes preguntas relacionadas: ¿Cuál fue el% de pérdida de peso? ¿En cuántos meses se produjo la pérdida de peso? Seleccione la respuesta más apropiada (es decir, 1-12,> 12 meses). Si es necesario, redondea al mes más cercano y registra el valor.</p>
¿Tuvo el paciente menos ingesta de alimentos requerida antes del ingreso en el hospital?	<p>Selecciona entre Si, no y no lo sé.</p> <p>Si es Si, por favor responda a las siguientes preguntas relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fue la ingesta de alimentos <50% de las necesidades? • Se redujo la ingesta de alimentos durante: (1 semana; 2 semanas;> 2 semanas; no sé)
¿Tiene el paciente malabsorción crónica?	<p>Selección de Si, no y/o no sé.</p> <p>Seleccione "Si", por ejemplo, si el paciente tiene un diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del intestino corto, dismotilidad crónica, etc.</p>
¿El paciente tiene pérdida de grasa y / o músculo moderada / severa?	<p>Selecciona entre Si, no y/o no lo sé. Si es Si, marque la (s) casilla (s) que se aplican para la evidencia en la que se basa esta evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia visual de pérdida de grasa • Evidencia visual de desgaste muscular. • Examen físico • Tomografía computarizada * <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué hallazgos te llevan a concluir que se está perdiendo? Ultrasonido* <ul style="list-style-type: none"> • Qué hallazgos te llevan a concluir que se está perdiendo? <p>Otra especificar: _____</p> <p>* Si su sitio utiliza tomografía computarizada o ultrasonido para evaluar la pérdida de masa muscular y / o grasa, proporcione los resultados cualitativos o cuantitativos del procedimiento que utilizó para determinar la pérdida.</p>
¿Hay otra evidencia de desnutrición moderada a severa que no se haya capturado arriba?	<p>Seleccione entre Si y no.</p> <p>Si es Si, marque todas las que correspondan para respaldar otras pruebas de desnutrición moderada a grave:</p> <p>Síndrome de realimentación Edema moderado a severo Otra especificar) : _____</p>
¿Se completó una medición de la circunferencia de la pantorrilla en la pierna derecha?	<p>La circunferencia de la pantorrilla se mide en la circunferencia horizontal más grande de la pierna derecha, con una cinta métrica no estirable. No complete la medición en la pierna derecha si el paciente tiene un edema evidente o una amputación de la extremidad inferior.</p> <p>Si es afirmativo, ingrese la medida de la pierna derecha en centimeters (cm).</p> <p>Si no, no pudo medir la pierna derecha, mida la pierna izquierda utilizando el mismo procedimiento que se indicó anteriormente e ingrese la medida de la pierna izquierda en cm. Indique el motivo por el cual no se mide la pantorrilla derecha.</p>

Basal: Evaluación nutricional

<p>¿Tuvo el paciente pérdida de peso involuntaria antes del ingreso hospitalario?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → → →</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo se</p>	<p>→ Si Si:</p> <p>¿Cuál fue el% de pérdida de peso? _____%</p> <p>¿En cuántos meses se produjo la pérdida de peso?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 7 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 8 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 9 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 10 meses <input type="checkbox"/> > 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 11 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses</p>
<p>¿Tuvo el paciente menos ingesta de alimentos requerida antes del ingreso en el hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → → →</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo se</p>	<p>Si es Si, ¿fue la ingesta de alimentos <50% de las necesidades?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → ¿Se redujo la ingesta de alimentos para:</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1 semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> > 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>
<p>¿El paciente tiene absorción crónica?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p>	
<p>Does the patient have moderate / severe fat and / or muscle wasting?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → Si es Si, marque la (s) casilla (s) a continuación para ver la evidencia utilizada para hacer esta evaluación.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No lo se</p> <p>Pérdida de grasa y / o músculo moderada / grave según lo evidenciado por: (seleccione todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Evidencia visual de pérdida de grasa</p> <p><input type="checkbox"/> Evidencia visual de desgaste muscular.</p> <p><input type="checkbox"/> Examen físico</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografía computarizada → → ¿Qué hallazgos lo llevan a concluir que se está desperdiciando?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Ultrasonido → → ¿Qué hallazgos lo llevan a concluir que se está perdiendo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique los resultados: _____</p>	
<p>¿Hay otra evidencia de desnutrición moderada a severa que no se haya capturado arriba?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → Si, por favor marque la (s) casilla (s) a continuación para ver la evidencia utilizada para hacer esta evaluación. (seleccione todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Síndrome de realimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Edema moderado a severo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p>	
<p>¿Se completó una medición de la circunferencia de la pantorrilla en la pierna derecha?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, pierna derecha: _____cm</p> <p><input type="checkbox"/> No, especifique la razón: _____ (edema; amputación de la pierna inferior)</p> <p>¿Se completó una medición de la circunferencia de la pantorrilla en la pierna izquierda?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, pierna izquierda: _____cm</p> <p><input type="checkbox"/> No, especifique: _____ (edema; amputación de la pierna)</p>	

Línea de base: Evaluación de la nutrición: Puntaje de fragilidad clínica (CFS) (criterios de inclusión 2c)

Este cuestionario nos ayudará a comprender mejor el nivel de aptitud o fragilidad del paciente y será un análisis de subgrupos importante en este ensayo. El miembro del equipo del estudio que selecciona al paciente completará este cuestionario con el miembro de la familia más cercano o, si es posible, recolectando los datos directamente del paciente después de que se recuperen.

Hacemos hincapié en que necesitamos que esta escala se registre en todos los pacientes, no solo en aquellos que cumplan con estos criterios de inclusión. Por lo tanto, se puede hacer antes de la aleatorización (si forma parte de los criterios de inclusión) o después de la aleatorización si son elegibles utilizando otros criterios de inclusión.

La escala debe completarse considerando la condición general del participante desde antes de enfermarse y venir al hospital (dentro de las 2 semanas anteriores a la hospitalización actual).

El entrevistador debe:

Muestre al miembro de la familia las imágenes en el cuestionario. Léales el texto que acompaña a cada categoría.

El miembro de la familia debe elegir la que mejor represente la condición general del paciente dentro de las dos semanas anteriores a su ingreso hospitalario actual.









Si el miembro de la familia no está seguro de si esa es la mejor categoría para el participante, léale el texto de las categorías arriba y abajo.

Si no pueden decidir entre 2 categorías, seleccione la categoría que representa el nivel más alto de función.

Baseline: Nutrition Assessment: Clinical Frailty Scale

Please consider the participant's overall condition 2 weeks *prior to this admission to hospital*.

How fit or frail was she/he at that Hora point? **Check one response only.** If you have trouble deciding between two options, choose the higher functioning level.

		Descripción
<input type="checkbox"/>		<p>Muy en forma (categoría 1)</p> <p>Gente que es robusta, activa, enérgica y motivada. Estas personas comúnmente hacen ejercicio regularmente. Se encuentran en forma para su edad.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Bien (categoría 2)</p> <p>No hay síntomas de la enfermedad activa pero menos en forma que las personas en la categoría 1. A menudo, hacen ejercicio o son muy activos ocasionalmente, p. según la temporada. Bien, los adultos mayores comparten la mayoría de los atributos de los que están en forma, a excepción del ejercicio regular y vigoroso. Al igual que ellos, algunos pueden quejarse de síntomas de memoria, pero sin déficits objetivos.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Manejando bien (categoría 3)</p> <p>Los problemas médicos están bien controlados, pero las personas de esta categoría no están regularmente activas más allá de la rutina de caminar. Aquellos con problemas médicos tratados que hacen ejercicio están clasificados en las categorías 1 o 2.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Vulnerable (categoría 4)</p> <p>No depende de ayuda de otros diariamente, pero a menudo los síntomas limitan las actividades. Una queja común es ser "desacelerado" y / o estar cansado durante el día. Muchas personas en esta categoría califican su salud como no mejor que "justa". Los problemas de memoria, si están presentes, pueden comenzar a afectar la función (por ejemplo, tener que buscar recetas familiares, extraviar documentos) pero generalmente no cumplen los criterios de demencia. Las familias suelen notar cierta abstinencia, p. necesitando aliento para ir a actividades sociales.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Levemente frágil (categoría 5)</p> <p>La desaceleración más evidente y la ayuda de las personas se necesitan en actividades "altas" de la vida diaria (finanzas, transporte, tareas domésticas pesadas, medicamentos). Las personas levemente frágiles pueden tener dificultades para ir de compras o caminar afuera, preparar comidas y hacer las tareas domésticas. A menudo, tendrán varias enfermedades y tomarán múltiples medicamentos.</p> <p>Esta categoría incluye personas con demencia leve. Sus síntomas comunes incluyen olvidar los detalles de un evento reciente, aunque recuerden el evento en sí, hagan la misma pregunta o cuenten la misma historia varias veces al día y retiro social..</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Moderadamente frágil (categoría 6)</p> <p>Las personas necesitan ayuda con todas las actividades externas y con el mantenimiento de la casa. En el interior, a menudo tienen problemas con las escaleras y necesitan ayuda para bañarse y es posible que necesiten una asistencia mínima con al vestirse.</p> <p>Si un problema de memoria causa la dependencia, a menudo la memoria reciente se verá muy afectada, a pesar de que aparentemente pueden recordar bien sus eventos de vidas pasadas.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Severamente frágil (categoría 7)</p> <p>Completamente dependiente de los demás para todas o la mayoría de las actividades personales de la vida diaria, como vestirse y alimentarse.</p>
<input type="checkbox"/>		<p>Muy gravemente frágil (categoría 8)</p> <p>Completamente dependiente, acercándose al final de la vida. Por lo general, las personas de esta categoría no podrían recuperarse incluso de una enfermedad leve.</p>

Línea de base: Evaluación nutricional: sarcopenia SARC-F (criterios de inclusión 2d)

El SARC-F se ha desarrollado como una posible prueba de diagnóstico rápido para sarcopenia. Este cuestionario nos ayudará a comprender mejor la masa muscular y la fuerza del esqueleto del paciente. El miembro del equipo del estudio que selecciona al paciente completará este cuestionario con el miembro de la familia más cercano o, si es posible, recolectando los datos directamente del paciente después de que se recuperen.

Hacemos hincapié en que necesitamos que esta escala se registre en todos los pacientes, no solo en aquellos que cumplan con estos criterios de inclusión. Por lo tanto, se puede hacer antes de la aleatorización (si forma parte de los criterios de inclusión) o después de la aleatorización si son elegibles utilizando otros criterios de inclusión.

La escala debe completarse considerando la condición general del participante desde antes de enfermarse y venir al hospital (dentro de las 2 semanas anteriores a la hospitalización actual).

El entrevistador debe:

Pregunte al miembro de la familia cada una de las 5 preguntas, primero lea la pregunta y luego enumere las opciones de respuesta.

El miembro de la familia debe elegir la que mejor represente la condición general del paciente dentro de las dos semanas anteriores a su ingreso hospitalario actual.

Base de referencia: Evaluación nutricional: SARC-F (criterios de inclusión 2c)

¿Cuánta dificultad tuvieron para levantar y llevar 5 kg?

- Ninguno - 0
- Algunos - 1
- Mucho o incapaz - 2

¿Cuánta dificultad tuvieron caminando por una habitación?

- Ninguna - 0
- Alguna - 1
- Mucha, incapaz sin ayuda - 2

¿Cuánta dificultad tuvieron al transferirse de una silla o cama?

- Ninguna - 0
- Alguna - 1
- Mucha o incapaz sin ayuda - 2

¿Cuánta dificultad tuvieron para subir un intervalo de 10 escalones?

- Ninguna - 0
- Alguna - 1
- Mucha o incapaz sin ayuda - 2

¿Cuántas veces se cayeron en el año pasado?

- Ninguna - 0
- 1-3 caídas - 1
- 4 o más caídas - 2

Basal: Objetivos de nutrición (1)

Altura	Altura récord en metros. Si no puede obtener el valor "real", use la altura estimada o la altura obtenida de un miembro de la familia y marque la casilla que indica que los datos fueron estimados. Indique si el paciente es un amputado bilateral marcando la casilla correspondiente.
Peso corporal seco	Registre el peso seco del participante según el peso real en kilogramos antes de la UCI. Si no puede obtener el valor "real", use el peso estimado o el peso obtenido de un miembro de la familia y marque la casilla que indica que los datos fueron estimados.
IMC	Cuando ingrese datos en REDCap™, este valor de IMC (kg / m ²) se calculará para usted una vez que ingrese la altura y el peso seco.
Objetivos nutricionales post-aleatorización	
Fecha de la evaluación de los objetivos nutricionales posteriores a la aleatorización:	Introduzca la Fecha en que se determinaron los objetivos de nutrición después de la asignación al azar del paciente a un objetivo de proteína.
Peso utilizado para determinar el requerimiento de calorías objetivo (kg)	Registre el peso que se usó para determinar los cálculos de la meta de energía para el estudio (es decir, después de la asignación aleatoria del participante a un grupo del estudio). NOTA: Este peso puede o no ser diferente del peso corporal seco ingresado anteriormente. Este peso se utilizará para determinar la adecuación de la energía (consulte el formulario de Adecuación nutricional diaria).
Peso utilizado para determinar el requerimiento de proteína objetivo (kg)	Registre el peso que se utilizó para determinar los cálculos de los objetivos de proteína para el estudio (es decir, después de la asignación aleatoria del participante a un grupo del estudio). NOTA: Este peso puede o no ser diferente del peso corporal seco ingresado anteriormente. Este peso se utilizará para determinar la adecuación de la proteína (consulte el formulario de Adecuación nutricional diaria).
Requerimiento calorico (kcal / día)	Introduzca las kilocalorías objetivo de acuerdo con la evaluación nutricional. Si el requisito es un rango, indique un punto en el rango o tome el punto medio del rango. Si los objetivos de nutrición se reducen inicialmente (por ejemplo, debido al riesgo de síndrome de realimentación, el estado postoperatorio, la preocupación por la intolerancia a la alimentación, etc.) no se ingresan en los requisitos de calorías reducidas. En su lugar, ingrese las calorías que el participante idealmente recibiría si estos problemas no le preocuparan. Ej. Mr.X es un hombre de 70 kg y el Nutriólogo utilizó una ecuación de 25 kcal / kg / d para calcular las calorías. Requisitos y 1.2 g / kg / d para calcular los requerimientos de proteínas. Esto equivale a 1750 kcal/d 84 g de proteína/d. Introduzca 1750 para los requisitos de calorías objetivo.
Requerimiento de proteína preciso (dentro del grupo de proteínas aleatorizado) (g / día)	Ingrese el objetivo de proteína, en gramos, de acuerdo con la evaluación nutricional. Los requerimientos de proteína objetivo deben estar dentro del rango al que el participante fue asignado al azar a (≤ 1.2 g / kg / d o ≥ 2.2 g / kg / d). Si el requisito es un rango, indique un requisito preciso o el punto medio del rango. Si los objetivos de nutrición se reducen inicialmente (por ejemplo, debido al riesgo de síndrome de realimentación, el estado postoperatorio, la preocupación por la intolerancia a la alimentación, etc.), no ingrese a los requisitos de proteínas reducidos. En su lugar, ingrese los gramos de proteína que el participante idealmente recibiría si estos problemas no fueran de interés. P.ej. En el ejemplo anterior para Mr.X, los requisitos de proteína objetivo se introducirían como 84 g.
¿Se utilizó la calorimetría indirecta para determinar el requerimiento de calorías objetivo?	Si se utilizó la calorimetría indirecta para determinar el requerimiento de calorías objetivo, indique Si. Nota: se le solicitará que ingrese la calorimetría indirecta Fecha (s) que se realizó en el formulario de Resultados del hospital (página 65).

Basal: Objetivos de nutrición (2)

Iniciación de la terapia nutricional. Tanto para la nutrición enteral (EN) como para la nutrición parenteral (PN), ingrese la Fecha de inicio y finalización.	
¿Cuándo se inició [EN y / o PN] por primera vez?	Indique cuándo se inició EN y PN por primera vez, ya sea antes de la admisión en la UCI, durante los primeros 28 días de admisión en la UCI (incluya Fecha y Hora) o no se inició durante los primeros 28 días de esta admisión en la UCI.
¿Cuándo se suspendió [EN y / o PN]?	Si se inició EN o PN antes del ingreso en la UCI o en la UCI, indique si se detuvieron en la UCI durante los primeros 28 días (incluya Fecha y Hora), o indique que el participante todavía estaba recibiendo EN o PN en la UCI después del día 28 del estudio.
¿Cuál fue la técnica de administración de nutrición recomendada por el médico o el dietista en la evaluación inicial de nutrición enteral?	<p>Elija una opción de la lista que mejor describa la técnica de administración recomendada por el médico o dietista en el orden inicial de nutrición. Esto significa que si se completó una evaluación antes de la asignación al azar, esa es la que se debe utilizar.</p> <p>Selecciona uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie EN: comience con infusión baja y avance a un objetivo por hora P.ej. Comience a 25 ml / hr y aumente a 50 ml / hr luego a 75 ml / hr (tasa objetivo por hora) • Inicie EN: comience o avance a 24 hr. Infusión por hora basada en objetivos de volumen La infusión por hora está determinada por el objetivo de volumen de 24 horas. Esto incluye los siguientes escenarios: <ul style="list-style-type: none"> • Comenzando a una infusión más baja en el Día 1 y avanzando a una infusión por hora basada en el volumen de 24 horas. P.ej. Objetivo de volumen de 24 h = 1800 mls (75 ml / hr) y las tomas comienzan a 25 ml / h el día 1 y luego avanzan a volumen de objetivo completo O • Comenzando a la velocidad máxima en el Día 1 según lo determinado por el volumen de 24 horas. P.ej. Objetivo de volumen de 24 h = 1800 ml (75 ml / h) y los suministros comienzan a 75 ml / h • Iniciar EN: comenzar con un objetivo por hora P.ej. Pt requiere 75 ml / hr y la alimentación comienza a 75 ml / hr • Iniciar EN: mantener a baja velocidad (alimentación trófica: sin progresión) P.ej. Comenzar a 10 ml / hr y dejarlo como está. • Iniciar EN: bolo alimenticio P.ej. Pt requiere 75 ml / hr y comienza con bolos de 450 ml cada 6 horas. <ul style="list-style-type: none"> • Mantenga el ayuno o nada por boca • Nutrición oral • Nutrición parenteral

Basal: Objetivos de nutrición (2)

<p>Altura (metros): _____</p> <p>¿Cómo se determinó la altura?</p> <p><input type="checkbox"/> Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Estimado</p> <p>Es un paciente amputado bilateral de las piernas?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>	<p>Peso corporal seco (kg): _____</p> <p>¿Cómo se determinó el peso?</p> <p><input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Estimado</p>
<p>IMC (automaticamente calculado): _____ kg/m²</p>	

Determinación de los objetivos de nutrición (post-aleatorización)

<p>Fecha de la evaluación del objetivo nutricional después de la asignación al azar (AAAA-MM-DD):</p> <p>_____</p>	
<p>Peso utilizado para determinar el requerimiento objetivo de calorías :</p> <p>_____ kg</p>	<p>Requerimiento calorico obeitivo: _____ kcal/d</p> <p>¿Se utilizó la calorimetría indirecta para determinar el requerimiento de calorías objetivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Si → (Datos de calorimetría en el formulario de resultados - página65).</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Peso utilizado para determinar el objetivo del requerimiento de proteína:</p> <p>_____ kg</p>	<p>Requerimiento preciso de proteínas objetivo: _____ g/d</p>

Basal: Objetivos de nutrición (2)

Iniciación de la terapia nutricional

Nutrición enteral

¿Cuándo se inició la EN por primera vez?

- EN iniciado antes de la admisión en la UCI
- EN iniciado durante los primeros 28 días en UCI:
Fecha (YYYY-MM-DD): _____
Hora (HH: MM, 24h): _____
- EN no iniciado durante los primeros 28 días en UCI

¿Cuándo se suspendió la EN?

- EN suspendió durante los primeros 28 días en UCI:
Fecha (YYYY-MM-DD): _____
Hora (HH: MM, 24h): _____
- Sigue recibiendo EN en la UCI después del día de estudio 28

Nutrición parenteral

¿Cuándo se inició la EN por primera vez?

- PN iniciado antes de la admisión en la UCI
- PN iniciado durante los primeros 28 días en UCI:
Fecha (YYYY-MM-DD): _____
Hora (HH: MM, 24h): _____
- PN no iniciado durante los primeros 28 días en UCI

¿Cuándo se suspendió la PN?

- PN suspendió durante los primeros 28 días en UCI:
Fecha (YYYY-MM-DD): _____
Hora (HH: MM, 24h): _____
- Sigue recibiendo PN en la UCI después del día de estudio 28

¿Cuál fue la técnica de administración recomendada por el médico o dietista en la evaluación inicial de nutrición enteral? (marque uno de los siguientes)

- Inicie EN: iniciar a una infusión baja y avance a un objetivo por hora
- Inicie EN: iniciar o progrese a una infusión por hora basada en el objetivo de volumen de 24 horas
- Iniciar EN: iniciar a una tasa de meta por hora
- Iniciar EN: mantener a baja velocidad (alimentación trófica: sin progreso)
- Iniciar EN: alimentación por bolos
- Mantenga ayuno / nada por boca
- Nutrición oral
- Nutrición parenteral

Datos diarios: Datos nutricionales diarios (1)

¿NPO porque el participante paliativo o recibe medidas de confort solo hoy?	<p>Solo el día 1, consulte la página 41 y siga las instrucciones para indicar las unidades de las pruebas bioquímicas recopiladas. Indique, "Si" si el participante es NPO debido a medidas de paliación o comodidad durante todo el día (es decir, 24 horas). Estos son participantes que pueden estar experimentando un proceso de retiro de tratamientos para mantener la vida, pueden estar muriendo o en quienes la terapia de nutrición no está indicada y no necesitamos capturar los procesos nutricionales de atención. Si aparece 'Si', no es necesario ingresar más datos en este formulario para este día.</p>
El paciente ha evolucionado a alimentación por vía oral por completo	<p>Indica 'SI' si el participante ha evolucionado permanentemente a vía oral. Estos son pacientes que han evolucionado a vía oral y no reciben nutrición enteral o parenteral durante su estancia en la UCI. Si 'SI' no se requiere recolección de mas datos.</p>
¿El objetivo de la proteína cambió a un objetivo fuera del rango especificado por el grupo de aleatorización?	<p>No estamos preguntando sobre la ingesta de proteínas que no cumple con el objetivo. Estamos preguntando sobre un cambio en la prescripción de proteínas, ya que el participante fue asignado al azar a un grupo de proteínas. Por ejemplo, ¿hubo una razón clínica por la cual el participante no pudo permanecer en su objetivo de proteína al cual se aleatorizo? Si 'Si' hay un cambio en la proteína del grupo de asignación al azar, especifique la razón de este cambio en la lista provista. (Ya no está gravemente enfermo; Nuevo inicio de SDRA; Empeoramiento de la función renal; Mejora de la función renal; Comienzo de la diálisis; Nueva herida (no quirúrgica); Nueva herida quirúrgica; Balance de nitrógeno negativo; Aumento de las pérdidas de proteínas (por ejemplo, aumento de la producción de ostomía; drenaje del líquido pleural , etc); Otro, especifique)</p>
¿Se recibió alguna nutrición por vía oral?	<p>Cada día de estudio, indique si el participante recibió alguna nutrición por vía oral. NOTA: No se recopilan datos sobre calorías y proteínas de la nutrición oral.</p>
Niveles altos y bajos de glucosa serica	<p>Registre la glucosa en sangre más alta y más baja medida este día. Si solo se realiza una medición de glucosa en la sangre, registre el mismo valor para mayor y menor. Si no lo hace en un día en particular, use la casilla de verificación "No disponible". Solo en el día 1, indique las unidades de glucosa en sangre que se miden en su sitio. Las unidades que indique el día 1 representarán las unidades en las que se medirá la glucosa en sangre durante la recopilación de datos.</p>
¿Se midió la glucosa en la sangre de la mañana? (más cercano a 8am)	<p>Si es 'Si', registre la lectura de azúcar en la sangre más cercana a las 8:00 hrs. Esto puede ser suero o capilar. Si los niveles séricos y capilares se completan a la misma hora o si 2 mediciones son equidistantes a las 08:00 h, registre la lectura más alta de glucosa en sangre. Si no se registraron niveles de azúcar en la sangre ese día, indique "no".</p>
¿El participante tuvo un evento hipoglucemiante hoy? (<3.5mmol / L o <63 mg / dL)	<p>Un evento hipoglucémico se define como un nivel de glucosa de <3.5mmol / L (<63mg / dL). Si es 'Si', registre el valor de azúcar en la sangre, incluidas las unidades. Puede grabar hasta 3 episodios por día. Si hubo más de 3 eventos hipoglucemiantes en un día, registre los 3 valores más bajos de glucosa en sangre. Si se trató una glucosa y el evento de hipoglucemia no fue <63 mg / dL, no lo registre como un evento.</p>
Insulina	<p>Si el participante recibe insulina, registre el número total de unidades administradas este día. Seleccione "no" si la insulina NO se administró.</p>

Datos diarios: Datos nutricionales diarios (2)

Propofol (infusión continua ≥ 6 horas)	Si el participante recibe una infusión continua de propofol ≥ 6 horas, registre el volumen total administrado en milímetros (ml). Seleccione "no" si NO se administró propofol, o si se proporcionó de forma intermitente, o si es continuo <6 horas.
Creatinina más alta	Registre la creatinina más alta medida este día. Si no lo hace en un día en particular, use la casilla de verificación "No disponible". Solo en el día 1, indique las unidades en las que se mide la creatinina. Las unidades que indique en el día 1 representarán las unidades en las que se mide la creatinina durante la recopilación de datos.
Urea más alta / BUN	Registre la urea / BUN más alta medida este día. Si no lo hace en un día en particular, use la casilla de verificación "No disponible". Solo en el día 1, indique las unidades en las que se mide la urea / BUN. Las unidades que indique en el día 1 representarán las unidades en las que se medirá la urea durante la recolección de datos.
Fosfato más bajo	Registre el fosfato sérico más bajo (PO4) medido este día. Si no lo hace en un día en particular, use la casilla de verificación "No disponible". Solo en el día 1, indique las unidades en que se mide el PO4. Las unidades que indique en el día 1 representarán las unidades en que se mide el PO4 durante la recopilación de datos.
Triglicéridos altos	Registre los triglicéridos más altos medidos este día. Si no lo hace en un día en particular, use la casilla de verificación "No disponible". Solo en el día 1, indique las unidades de triglicéridos en su sitio. Las unidades que indique el día 1 representarán las unidades en las que se miden los triglicéridos durante la recopilación de datos.
Ubicación del tubo de alimentación	Elija de la lista (gástrico, intestino delgado o ninguno en su lugar) para indicar la ubicación de la sonda de alimentación. Esto se refiere a cualquier tubo de oro / nasogástrico insertado con el propósito de alimentar enteramente al participante. Si la posición no se confirma con una radiografía o si han pasado algunos días desde que se confirmó la ubicación, indíquenos dónde se ubica el tubo (lo mejor es la información que tenga) Si el tubo de alimentación está en 2 ubicaciones en un solo día, indique la ubicación en la que se encontraba la mayor cantidad de Hora.
¿Recibió el participante algún agente de motilidad?	<p>Seleccione todos los agentes de motilidad que se aplican de la lista proporcionada.</p> <p>Alizapride, Lesuride, Cinitapride (Cintapro / Pemix), Methylnaltrexon, Domperidone, Metoclopramide, Erythromycin, Naloxone, Itopride (Ganaton), Otro específica.</p> <p>No es necesario registrar la ruta o la dosis. Si al participante se le ha prescrito terapia de combinación, seleccione todos los agentes de motilidad que el participante recibió ese día.</p>
<p>Definición de agente de la motilidad</p> <p>Un medicamento que mejora el vaciamiento gástrico y / o la motilidad gastrointestinal aumentando la frecuencia y / o la fuerza de las contracciones en el tracto gastrointestinal.</p> <p>Esto no incluye ablandadores de heces o laxantes como la lactulosa o los remedios a base de hierbas.</p>	



Datos diarios: Datos nutricionales diarios (1)

ID _____

Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Admisión en la UCI												
NPO porque paliativos o medidas de confort?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
El paciente a evolucionado a alimentación oral por completo ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
Si has indicado "SI" a alguna de las preguntas anteriores, no necesitas recolectar mas datos												
¿Las metas de proteínas cambiaron del grupo de aleatorización? "SI" ingresa la razón principal de la siguiente taxonomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es Si, use la taxonomía para indicar la principal razón por las cual la proteína cambió del grupo aleatorizado. Ingrese esta información arriba. (1)Ya no está críticamente enfermo; (2) Nuevo inicio de SDRA; (3) Peor renal; (4) Mejora renal; (5) comenzar la diálisis; (6) Nueva herida; (7) Nueva herida quirúrgica; (8) Balance negativo de nitrógeno; (9) Mayores pérdidas de proteínas (0)otro, por favor especifique _____												
Fue nutrición recibido por vía oral / por la boca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Niveles de glucosa bajo y alta Unidades : <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A
¿Evento hipoglucemiente? (<3.5mmol / L o <63 mg / dL) Registrar los valores de glucosa en sangre, hasta 3 veces.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Insulina "SI" Unidades totales/día	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

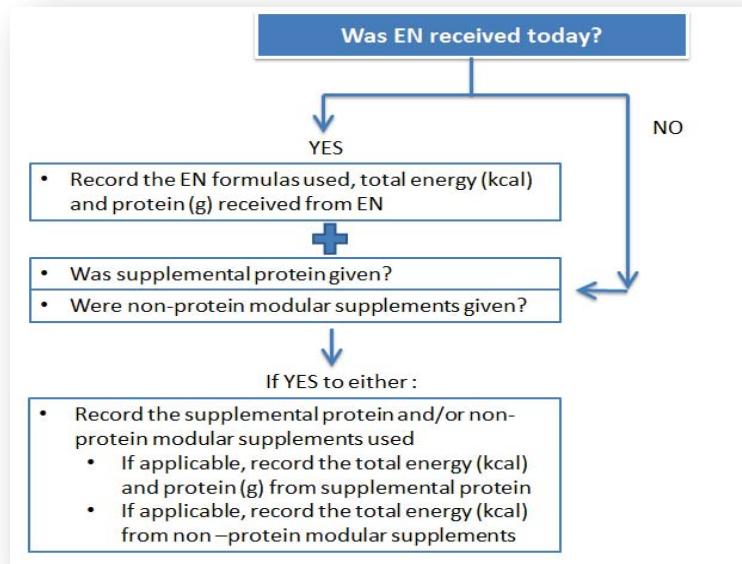
Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Admisión en la UCI											
Propofol (≥ 6 horas) Si Si: Cantidad dada (mL): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Highest Creatinine Unidades: <input type="checkbox"/> μmol/L <input type="checkbox"/> mg/dL	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A
Urea más alta / BUN Unidades: <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> mg/dL	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A
Fosfato más bajo Unidades: <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> mg/dL	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A
Trigliceridos altos Unidades: <input type="checkbox"/> mmol/L <input type="checkbox"/> mg/dL	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A	_____ <input type="checkbox"/> N/A
Ubicación del tubo de alimentación: (Seleccione uno) <i>G = gástrico; SB = intestino delgado; N = Sin tubo</i>	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> N
Agentes de la motilidad Si es Si, ingrese todos los recibidos usando la taxonomía sombreada en gris a continuación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____

En caso afirmativo, utilice la taxonomía para indicar todos los agentes de motilidad recibidos. Ingrese esta información arriba.
 (1) Alizapride; (2) Cinitapride; (3) cisaprida; (4) Domperidona; (5) eritromicina; (6) Itopride;
 (7) Lesuride; (8) Metilnaltrexona; (9) Metoclopramida; (10) Mosapride; (11) naloxona; (12) Otro, especifique: _____

Datos diarios: Datos diarios de nutrición enteral (1)

RECUERDE: Si el participante está recibiendo una combinación de EN y PN, solo las calorías / proteínas de EN se registran en este formulario. El formulario de Datos de Nutrición de Daily IV se utilizará para registrar los datos de PN.

EXCEPCIÓN: la proteína recibida es la única recopilación de datos diaria que se extiende más allá del día 12 de la UCI. Continúe recolectando estos datos hasta el día 28 de la UCI, el alta de la UCI o la muerte, lo que ocurra primero. Datos que se recopilarán en CRF Daily Protein Data: Días 13-28 para el ingreso de datos después del día 12. Nota: registre calorías / proteínas a partir de fórmulas, suplementos de proteínas y otros suplementos por separado. El siguiente diagrama ilustra los datos requeridos según si el participante recibió EN o no en un día determinado. Las instrucciones relativas a cada tipo de campo de datos siguen.



<p>¿Se recibió nutrición enteral?</p>	<p>Cada día de estudio, indique si el participante recibió o no EN. Si aparece "Si", registre las fórmulas EN utilizadas, la energía total y las proteínas recibidas de EN.</p>
<p>Formula(s) Enterales</p>	<p>Consulte la taxonomía en REDCap™ para registrar las fórmulas enterales recibidas. Puede especificar hasta 3 fórmulas por día. Si el participante recibió más de 3 fórmulas en un día, seleccione las 3 que proporcionaron los volúmenes más grandes pero tenga en cuenta todas las calorías y proteínas que el participante recibió de EN. Si, en cualquiera de los primeros 12 días en la UCI, indica una fórmula que no se encuentra en la taxonomía de la fórmula EN, asegúrese de especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • empresa y nombre del producto • Si el producto es polimérico. • Si el producto contiene glutamina suplementaria (> 10 g / L) además de la glutamina que se encuentra naturalmente en el producto • Si el producto contiene arginina suplementaria (> 4.5 g / L) además de la arginina que se encuentra naturalmente en el producto • Si el producto contiene aceites de pescado. <p>Nota: Si no puede calcular la kcal y la proteína proporcionadas por una fórmula (por ejemplo, congee, en lugar de una fórmula fabricada por una empresa), esto no se consideraría EN.</p>

Datos diarios: Datos diarios de nutrición enteral (2)

Kilocalorías recibidas de EN	<p>El dietista deberá calcular el total de calorías (kcal) de la (s) fórmula (s) EN de la siguiente manera:</p> <p>Incluir calorías de proteínas</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya calorías de otros suplementos • NO incluya calorías de propofol u otras soluciones intravenosas <ul style="list-style-type: none"> • Las calorías de propofol se deben registrar en el formulario Datos de nutrición diaria. <p>Incluya las calorías de todas las fórmulas EN, incluso si el participante recibió nutrición de > 3 fórmulas / día</p>
Proteína recibida de EN	<p>La proteína total (g) deberá ser calculada por el dietista diariamente de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya proteínas de suplementos no proteicos adicionales • NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina <ul style="list-style-type: none"> • Incluya proteínas de todas las fórmulas EN, incluso si el participante recibió nutrición de > 3 fórmulas / día
Suplementos de proteínas	
<p>Definición de suplemento de proteína modular</p> <p><i>Una fuente de proteína concentrada. Esto no incluye fórmulas enterales altas en proteínas. Las fórmulas con alto contenido de proteínas (que también tienen componentes de lípidos, carbohidratos y micronutrientes) deben especificarse en la sección Fórmula EN.</i></p>	
¿Se le dio suplementos de proteína modular?	<p>Indique Si o no para saber si se administró o no un suplemento de proteína modular.</p> <p>Si es Si, refiérase a la taxonomía en REDCap™ para registrar qué suplemento se dio. Si se administró más de un suplemento, seleccione el que proporcionó la mayor cantidad de proteínas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No ingrese los suplementos de glutamina aquí.
Kilocalorías recibidas de suplementos de proteína modular	<p>Si el participante recibió un suplemento de proteína modular, indique las calorías totales recibidas (kcal) del suplemento de proteína modular (es decir, incluya calorías de proteína).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye calorías de todos los suplementos de proteínas modulares
Proteína recibida de suplementos de proteína modular	<p>Si el participante recibió un suplemento proteico modular, indique la proteína recibida (g) del suplemento proteico modular.</p> <p>Incluye proteínas de todos los suplementos de proteínas modulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina
<p>Definición de suplemento modular no proteico</p> <p><i>Macronutrientes únicos utilizados además de fórmulas enterales. Esto incluye polímeros de glucosa y emulsiones de grasa. Los suplementos típicamente modulares no proporcionan una fuente de micronutrientes.</i></p>	
¿Se dieron suplementos modulares no proteicos?	<p>Indique Si o no para saber si se administraron o no suplementos modulares no proteicos. Si es Si, refiérase a la taxonomía en REDCap™ para registrar los suplementos proporcionados. Si se dieron más de dos suplementos, seleccione los dos que proporcionaron los volúmenes más grandes.</p>
Kilocalorías de otros suplementos no proteicos	<p>Si el participante recibió un suplemento modular no proteico, indique las calorías recibidas (kcal) del suplemento modular no proteico.</p>

Datos diarios: Datos diarios de nutrición enteral (3)

Interrupción NE	
Definición de interrupción NE	<p>La NE se detiene en cualquier momento después de que se haya iniciado, con la intención de que la Ne se reinicie nuevamente. Esto no incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrupciones breves o transitorias (es decir, menos de una hora) para procedimientos cortos junto a la cama. • Para la alimentación cíclica o en bolo, Hora, el participante nunca tuvo la intención de alimentarse de acuerdo con el programa de alimentación prescrito • Reducción en la tasa de alimentación. • Detener los alimentos permanentemente y hacer la transición a los alimentos orales
¿Fue NE interrumpida hoy?	<p>Esta pregunta debe responderse si el participante recibió una EN en algún momento durante el día, pero se detuvo por una razón como se ve en la definición a continuación. Si el participante NO recibió ninguna alimentación durante todo el día (es decir, las 24 h), no es necesario responder a esta pregunta.</p> <p>Elija "Si" o "no" para saber si el NE fue interrumpido hoy o no.</p> <p>Si es Si, indique la duración total de Hora la interrupción fue NE. Registro en total de horas y minutos.</p> <p>Ejemplo 1: la NE se inició a las 08:30 el día 1 del estudio. La NE se detuvo a las 14:30 para un procedimiento de cabecera. NE se inició de nuevo a las 18:30. La Hora de 00:00 a 08:30 no constituye una interrupción. La NE se interrumpió de 14:30 a 18:30, lo que equivale a 4 horas (240 minutos).</p> <p>Ejemplo 2: la NE se inició a las 08:30 el día de estudio 1. La NE se detuvo a las 14:30. La NE no se volvió a iniciar hasta el día 3 de estudio a las 04:30, y luego no hubo más interrupciones. La NE se interrumpió desde las 14:30 hasta el final del día 1 (medianoche), lo que equivale a 9 horas y 30 minutos. El día 2, los datos de NE diarios no se completan porque el participante no recibió NE. El día 3, la medianoche hasta las 04:30 no constituye una interrupción, por lo que no se registran interrupciones para el día 3.</p> <p>Si se interrumpió NE, especifique todos los motivos por los que se interrumpió NE, seleccionando todos los que correspondan de la lista provista.</p>



Datos diarios: Datos de nutrición enteral diaria (EN) (1)

ID _____

Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Admisión en la UCI												
¿Se recibió nutrición enteral (EN) hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parte A - Si Si, EN fue recibido hoy:												
Recuerdo EN formula (s) received:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kilocalorías totales recibidas de EN hoy:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Proteína total recibida de EN hoy: registra en gramos (g)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parte B ; completa esta parte independientemente de el paciente haya recibido NE o no el día de hoy												
Proteína suplementaria? Especifica hasta 3 suplementos por dia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Kilocalorías recibidas de suplemento de proteínas hoy:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Proteína recibida de suplementos hoy: (registra en gramos (g))	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Suplementos modulares no proteicos? Especifique (hasta 2):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Kilocalorías recibidas de otros suplementos modulares no proteicos: (registra en gramos (g))	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____



Daily Data: Daily Enteral Nutrition (EN) Data (2)

ID _____

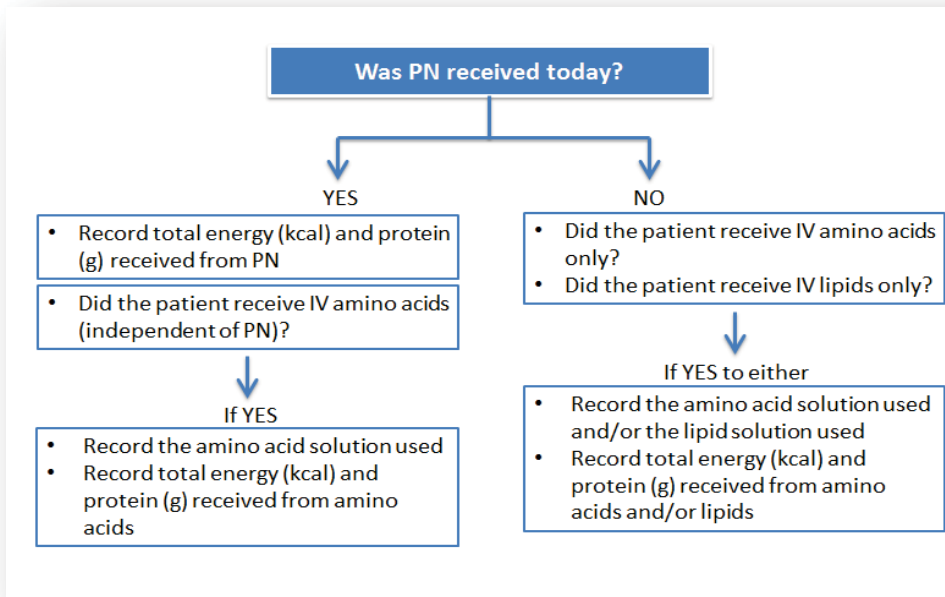
Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Admisión en la UCI												
¿Fue interrumpida la EN hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es Si, ingrese la duración total del tiempo interrumpido (horas y minutos)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Si Si, EN fue interrumpido hoy:												
¿Sabes la razón por la cual la EN fue interrumpida hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es Si, seleccione todas las que correspondan de la lista de razones para las interrupciones de EN (de la lista a continuación)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<p>Ayuno por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extubación endotraqueal / intubación / traqueal; 2. Otro procedimiento de cabecera; 3. Procedimiento de quirófano; 4. Procedimiento radiológico suite; 5. Administración de medicamentos; <p>Intolerancia a la alimentación enteral:</p> <p>(6) altos residuos gástricos;</p> <p>(7) aumento de la circunferencia abdominal o distensión abdominal;</p> <p>(8) Vómitos / emesis;</p> <p>(9) diarrea;</p> <p>(10) Malestar subjetivo;</p> <p>(11) Necrótica intestinal / isquemia intestinal; (12) No hay acceso enteral disponible / se perdió el acceso enteral;</p> <p>(13) Inótrópos, requerimiento de vasopresores; (14) El sujeto se consideró demasiado enfermo para continuar con la alimentación enteral; (15) Fórmula de alimentación enteral no disponible;</p> <p>(16) Nueva contraindicación para EN; (17) Prueba de ingesta oral; (18) NPO b / c sujeto paliativo o recibiendo solo medidas de confort (19) Otro: especifique _____</p>												

Datos diarios: Datos de nutrición diaria IV (1)

RECUERDE: Si el participante está recibiendo una combinación de EN y PN, solo las calorías / proteínas de PN se registran en este formulario. El formulario de datos diarios de EN se utilizará para registrar los datos de EN.

EXCEPCIÓN: la proteína recibida es la única recopilación de datos diaria que se extiende más allá del día 12 de la UCI. Continúe recolectando estos datos hasta el día 28 de la UCI, el alta de la UCI o la muerte, lo que ocurra primero. Datos que se recopilarán en CRF Daily Protein Data: Días 13-28 para el ingreso de datos después del día 12.

El siguiente diagrama ilustra los datos requeridos dependiendo de si el participante recibió PN o no en un día determinado. Las instrucciones relativas a cada tipo de campo de datos siguen.



Definición de PN

Suministro de carbohidratos más proteínas y / o lípidos, con o sin micronutrientes, electrolitos u otros aditivos, administrados directamente en una vena. La infusión de dextrosa sola no constituye una nutrición parenteral (es decir, si un participante solo recibió dextrosa en ausencia de aminoácidos y lípidos, debe responder "no" para saber si el participante recibió o no nutrición parenteral).

¿Se recibió nutrición parenteral (NP)?	Cada día de estudio, indique si el participante recibió PN o no.
Kilocalorías recibidas de PN	El dietista deberá calcular el total de calorías recibidas (kcal) diariamente de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir calorías de proteínas parenterales • Incluir calorías de otros suplementos parenterales. • NO incluya calorías de fórmula enteral o suplementos modulares • NO incluya calorías de propofol ya que esto se registrará por separado en el formulario de Datos de Nutrición Diaria. • NO incluya calorías de otras soluciones intravenosas
Proteína recibida de PN	El dietista deberá calcular el total de proteínas a diario de la siguiente manera: Incluya proteínas de suplementos parenterales, si corresponde <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya calorías de fórmula enteral o suplementos modulares • NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina

Datos diarios: Datos de nutrición diaria IV (2)

¿Recibió el paciente aminoácidos intravenosos (independientes de PN)?	<p>Si el participante recibió PN, indique si los aminoácidos IV se administraron además de su fórmula PN.</p> <p>Indique la solución provista, el porcentaje de aminoácidos de la solución y el volumen dado. Las proteínas y calorías recibidas de esta solución se calcularán en REDCap.</p>
¿Recibió el paciente solo aminoácidos por vía intravenosa?	<p>Si el participante recibió aminoácidos IV en ausencia de dextrosa, indique la solución provista, el porcentaje de aminoácidos de la solución y el volumen administrado. Las proteínas y calorías recibidas de esta solución se calcularán en REDCap.</p>
¿Recibió el paciente solo lípidos IV?	<p>Si el participante recibió lípidos por vía intravenosa en ausencia de dextrosa, indique la emulsión provista y kcal recibida de este producto</p>



Datos diarios: Datos de nutrición diaria IV (1)

ID _____

Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

**Admisión
en la UCI**

¿Se recibió nutrición parenteral (PN) hoy?	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B	<input type="checkbox"/> Y → A <input type="checkbox"/> N → B
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parte A - Si Si, PN fue recibido hoy:

Kilocalorías totales recibidas de PN hoy:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Proteína total recibida de PN hoy: registra en gramos (g)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

¿Recibió el paciente aminoácidos por vía intravenosa (independiente de la PN)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si Si, especifique la solución de aminoácidos (Ver taxonomía PN):

Kilocalorías (kcal) recibidas de aminoácidos:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Proteína (g) recibida de los aminoácidos:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Parte B Si no, hoy no se recibió PN:

¿Recibió el paciente únicamente aminoácidos por vía intravenosa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kilocalorías recibidas de la solución de aminoácidos hoy: (Ver taxonomía PN)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Proteína recibida de la solución de aminoácidos hoy: (registra en gramos (g))	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

¿Recibió el paciente solo lípidos intravenosos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si Si, especifique la solución de lípidos: (Ver taxonomía PN)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Kilocalorías recibidas de lípidos hoy: (Ver taxonomía PN)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Datos diarios: Datos de nutrición diaria IV (1)

1 Si en cualquiera de los días anteriores se proporcionó una fórmula (s) de nutrición parenteral que no se encuentra en la taxonomía REDCap proporcionada, especifique, especifique:

Nombre de la empresa / fabricante: _____ Nombre del producto: _____ Tipo de lípidos:

() Aceite de oliva () Aceite de soja () Mezcla física MCT / LCT () SMOF () MCT / LCT Forma estructurada () Aceite de pescado () OTRO; especificar _____

Datos diarios: Datos diarios de proteínas - Día 13-28 (1)

¿NPO porque el participante palia o recibe medidas de confort solo hoy?	<p>Indique, "Si" si el participante es NPO debido a medidas de paliación o comodidad durante todo el día (es decir, 24 horas). Estos son participantes que pueden estar experimentando un proceso de retiro de tratamientos para mantener la vida, pueden estar muriendo activamente o en quienes la terapia de nutrición no está indicada y no necesitamos capturar los procesos nutricionales de atención. Si aparece 'Si', no es necesario ingresar más datos en este formulario para este día.</p>
¿El objetivo de la proteína cambió a un objetivo fuera del rango especificado por el grupo de aleatorización?	<p>No estamos preguntando sobre la ingesta de proteínas que no cumple con la meta. Estamos preguntando sobre un cambio en la prescripción de proteínas, ya que el participante fue asignado al azar a un grupo de proteínas.</p> <p>Por ejemplo, ¿hubo una razón clínica por la cual el participante no pudo permanecer en su objetivo de proteína aleatorizada?</p> <p>Si 'Si' hay un cambio en la proteína del grupo de asignación al azar, especifique la razón de este cambio en la lista provista.</p> <p>(Ya no está gravemente enfermo; Nuevo inicio de SDRA; Empeoramiento de la función renal; Mejora de la función renal; Comienzo de la diálisis; Nueva herida (no quirúrgica); Nueva herida quirúrgica; Balance de nitrógeno negativo; Aumento de las pérdidas de proteínas (por ejemplo, aumento de la producción de ostomía; drenaje del líquido pleural , etc); Otro, especifique)</p>
¿Se recibió nutrición enteral?	<p>Cada día de estudio, indique si el participante recibió o no EN.</p> <p>Si aparece "Si", registre las fórmulas EN utilizadas, la energía total y las proteínas recibidas de EN.</p>
Proteína recibida de EN	<p>La proteína total (g) deberá ser calculada por el dietista diariamente de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya proteínas de suplementos no proteicos adicionales • NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina • Incluya proteínas de todas las fórmulas EN, incluso si el participante recibió nutrición de > 3 fórmulas / día
¿Se le dio proteína suplementaria?	<p>Indique Si o no para saber si se administró o no un suplemento de proteína modular.</p> <p>Si es Si, refiérase a la taxonomía en REDCap™ para registrar qué suplemento se dio. Si se administró más de un suplemento, seleccione el que proporcionó la mayor cantidad de proteínas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No grabe los suplementos de glutamina aquí.
Proteína recibida de proteína suplementaria	<p>Si el participante recibió un suplemento proteico modular, indique la proteína recibida (g) del suplemento proteico modular.</p> <p>Incluye proteínas de todos los suplementos de proteínas modulares</p> <p>NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina</p>

Datos diarios: Datos diarios de proteínas - Día 13-28 (2)

¿Se recibió nutrición parenteral (NP)?	Cada día de estudio, indique si el participante recibió PN o no.
Proteína recibida de PN	El dietista deberá calcular el total de proteínas a diario de la siguiente manera: Incluya proteínas de suplementos parenterales, si corresponde <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya calorías de fórmula enteral o suplementos modulares • NO incluya proteínas de los suplementos de glutamina
¿Recibió el participante aminoácidos intravenosos (independientes de PN)?	Si el participante recibió aminoácidos IV además de su fórmula PN, indique la solución provista, el porcentaje de aminoácidos de la solución y el volumen dado La proteína recibida de esta solución se calculará en REDCap.
¿Recibió el participante solo aminoácidos por vía intravenosa?	Si el participante recibió aminoácidos IV en ausencia de dextrosa, indique la solución provista, el porcentaje de aminoácidos de la solución y el volumen administrado. La proteína recibida de esta solución se calculará en REDCap.

Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8
NPO porque el sujeto palia o recibe medidas de confort solo hoy? Si has indicado SI no es necesario que recolectes mas datos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Las metas de proteínas cambiaron del grupo de aleatorización? 'Si' Ingrese la razón principal usando la taxonomía sombreada en gris a continuación:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Si es Si, use la taxonomía para indicar la principal razon por las cual la meta de la proteína cambió del grupo aleatorizado. Ingrese esta información arriba. (1)Ya no está críticamente enfermo; (2) Nuevo inicio de SDRA; (3) Peor renal; (4) Mejora renal; (5) comenzar la diálisis; (6) Nueva herida; (7) Nueva herida quirúrgica; (8) Balance negativo de nitrógeno; (9) Mayores pérdidas de proteínas (0)otro, por favor especifique_____								
¿Se recibió nutrición enteral (EN) hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si Si, proteína recibida de EN: (registra en gramos (g))	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Proteína suplementaria recibida hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si el Si, la proteína recibida de la proteína suplementaria hoy: (registra en gramos (g))	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Se recibió nutrición parenteral (PN) hoy?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si "SI" a PN El paciente recibió aminoácidos IV ? Independiente de PN?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si "NO" El paciente recibió aminoácidos IV solamente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Indique el porcentaje de aminoácidos (10% = 10 g amino acids/100 mL)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Indique el volumen de aminoácidos administrados (ml)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Día de estudio:	9	10	11	12	13	14	15	16
NPO porque el sujeto palia o recibe medidas de confort solo hoy? Si has indicado "SI" no mas datos deben ser recolectados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Las metas de proteínas cambiaron del grupo de aleatorización? 'Si' Ingrese la razón principal usando la taxonomía sombreada en gris a continuación:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
<i>Si es Si, use la taxonomía para indicar la principal razón por la cual la meta de la proteína cambió del grupo aleatorizado. Ingrese esta información arriba. (1) Ya no está críticamente enfermo; (2) Nuevo inicio de SDR; (3) Peor renal; (4) Mejora renal; (5) comenzar la diálisis; (6) Nueva herida; (7) Nueva herida quirúrgica; (8) Balance negativo de nitrógeno; (9) Mayores pérdidas de proteínas (0) otro, por favor especifique _____</i>								
¿Se recibió nutrición enteral (EN) hoy? Si Si, proteína recibida de EN: (registrar en gramos (g))	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
¿Proteína suplementaria recibida hoy? Si el Si, la proteína recibida de la proteína suplementaria hoy: (Registro en gramos (g))	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
¿Se recibió nutrición parenteral (PN) hoy? Si Si, proteína recibida de PN hoy: (Registro en gramos (g))	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____
¿Recibió el paciente aminoácidos por vía intravenosa (independiente de la PN)? Si Si, proteína recibida de PN hoy: (Registro en gramos (g))	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____



Datos diarios: Adecuación nutricional (1)

Una vez que ingrese los datos de nutrición en las siguientes formas: Evaluación nutricional de referencia, Nutrición diaria, Datos diarios de EN y Datos diarios de PN, este formulario calculará automáticamente la adecuación nutricional diaria. Para propósitos de información, las fórmulas para calcular cada uno de estos cálculos se encuentran a continuación. La tabla a continuación describe dónde se encuentra cada elemento de datos que se encuentra dentro de la fórmula dentro de REDCap™.

Energía

Tabla de elementos de datos para calcular la energía total (kcal)

Energy Source (Data)	Nombre REDCap	REDCap formulario donde se localiza
Peso para la energía objetivo	Weight used to determine goal calorie requirement	Nutrition Goals
Energía objetivo	Goal Calorie Requirement	Nutrition Goals
Propofol	Propofol (continuous infusion ≥ 6h)	Daily Nutrition Form
NE	Total kilocalories received from all EN	Daily EN Data
Suplementos de proteínas (PS)	Kilocalories received from supplemental protein	Daily EN Data
No Proteínas Modulares Suplementos (NPMS)	Kilocalories received from other non-protein modular supplements	Daily EN Data
PN	Total kilocalories received from PN	Daily IV Nutrition Data
Aminoácidos (independientes)	Kilocalories received from amino acids	Daily IV Nutrition Data
Aminoácido (AA) – no PN	Kilocalories received from amino acids	Daily IV Nutrition Data
Lípidos – no PN	Kilocalories received from lipids	Daily IV Nutrition Data

Energy Adequacy (%)

$$\text{ENERGY ADEQUACY (\%)} = \frac{\text{Energy from all nutritional sources (kcal)}}{\text{Energy Goal (kcal)}} \times 100$$

$$\text{ENERGY ADEQUACY (\%)} = \frac{\text{Propofol} + \text{EN} + \text{PS} + \text{NPMS} + \text{PN} + \text{AA} + \text{lipids (kcal)}}{\text{Energy Goal (kcal)}} \times 100$$

Energy Adequacy (kcal/kg)

$$\text{ENERGY ADEQUACY (kcal/kg)} = \frac{\text{Energy from all nutritional sources (kcal)}}{\text{Weight used to determine goal calories requirement (kg)}}$$

$$\text{ENERGY ADEQUACY (kcal/kg)} = \frac{\text{Propofol} + \text{EN} + \text{PS} + \text{NPMS} + \text{PN} + \text{AA} + \text{lipids (kcal)}}{\text{Weight used to determine goal calories requirement (kg)}}$$

Daily Data: Nutritional Adequacy (2)

Protein

Table of Data Elements to Calculate Total Protein (g)

Protein Source (Data)	Nombre en REDCap	Formulario en REDCap donde esta localizado
Peso para el objetivo proteico	Weight used to determine goal protein requirement	Nutrition Goals
objetivo proteico	Precise Goal Protein Requirement (within randomized protein group, enter the precise protein goal)	Nutrition Goals
NE	Total protein received from all EN	Daily EN Data
Suplementos de proteina	Protein (g) received from supplemental protein	Daily EN Data
PN	Total protein received from PN	Daily IV Nutrition Data
Aminoacidos (Independientes)	Protein received from amino acids	Daily IV Nutrition Data
Aminoacidos (AA) – no PN	Protein received from amino acids	Daily IV Nutrition Data

Protein Adequacy (%)

$$\text{PROTEIN ADEQUACY (\%)} = \frac{\text{Protein from all nutritional sources (g)}}{\text{Goal Protein (g)}} \times 100$$

$$\text{PROTEIN ADEQUACY (\%)} = \frac{\text{EN + PS + PN + AA (g)}}{\text{Goal Protein (g)}} \times 100$$

Protein Adequacy (g/kg)

$$\text{PROTEIN ADEQUACY = (g/kg)} = \frac{\text{Protein from all nutritional sources (g)}}{\text{Weight used to determine goal protein requirement (kg)}}$$

$$\text{PROTEIN ADEQUACY = (g/kg)} = \frac{\text{EN + PS + PN + AA (g)}}{\text{Weight used to determine goal protein requirement (kg)}}$$

Datos diarios: Adecuación nutricional

No se deben capturar datos en este formulario.

Este formulario es una herramienta que puede utilizar para transcribir los cálculos que se encuentran en el formulario de "Adecuación nutricional diaria" de REDCap™ que se puede registrar aquí y utilizar para garantizar el cumplimiento del protocolo del estudio.

Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Adecuación energética (%)												
Adecuación de proteínas (%)												
Adecuación energética (kcal / kg)												
Adecuación energética (g / kg)												

Día de estudio:	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Adecuación energética (%)												
Adecuación de proteínas (%)												
Adecuación energética (kcal / kg)												
Adecuación energética (g / kg)												

Día de estudio:	25	26	27	28
Adecuación energética (%)				
Adecuación de proteínas (%)				
Adecuación energética (kcal / kg)				
Adecuación energética (g / kg)				

Vasopressors / Inotropes - Outcomes

Complete una forma separada para cada vasopresor / inotropo que recibió el paciente.

Marque la casilla en la parte superior del formulario para seleccionar el vasopresor / inotropo específico.

Solo incluya infusiones continuas de vasopresores, no incluya inyecciones de bolos simples.

Los siguientes datos deben ingresarse en REDCap™ en el formulario de Resultados.

Inicio Fecha /Hora:	Registrar la Fecha y Hora en que se inició el vasopresor o inotrópico.
Termino Fecha /Hora:	<ul style="list-style-type: none"> • Si el participante muere mientras recibe el vasopresor o inotrópico, marque la casilla correspondiente. REDCap™ lo conectará automáticamente a la Fecha de muerte que ingresó. • Si el participante todavía estaba recibiendo el vasopresor o inotrópico en el día 60, marque la casilla correspondiente.
<p>Episodios separados Se considera que el participante está libre de vasopresor o inotrópico si permanece fuera del vasopresor o inotrópico durante ≥ 24 horas. Si el vasopresor o inotrópico se restablece después de 24 horas, esto se considera un episodio separado, se deben registrar las fechas de inicio y finalización correspondientes.</p>	
<p>Los siguientes datos deben ingresarse en REDCap™ en la forma de vasopresor / inotropo desde el día 1-12.</p>	
¿Recibió el participante una infusión continua de vasopresores o inotrópicos hoy?	Si "Si" se recibió en un día en particular, registre la velocidad de infusión por hora más alta para el vasopresor / inotropo seleccionado.

Complete una forma para cada vasopresor / inotropo que recibió el paciente.

Select Vasopresor/Inotropo:

- Dopamina (> 5µg / kg / min)
- Norepinefrina
- Phenylephrine (>50µg/min)
- Epinephrine
- Dobutamine
- Vasopressin
- Levosimendan
- Milrinone

	Episodio 1	Episodio 2	Episodio 3	Episodio 4	Episodio 5
Fecha de inicio (YYYY-MM-DD)					
Hora de inicio (HH: MM, 24h)					
Fecha / hora de parada: <input type="checkbox"/> Igual que la fecha / hora de la muerte <input type="checkbox"/> Todavía en vasopresor / inotropo en el día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____ Fecha de finalización: (YYYY-MM-DD): _____ Hora de inicio (HH: MM, 24h): _____	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real: _____



¿Se reinició el vasopresor / inotropo ≥ 24 horas desde la última fecha / hora de parada?

- Si
- No

Proceda a ingresar los detalles para el próximo episodio. Ingrese hasta 5 episodios, si corresponde.

Día de estudio:	Admisión en la UCI												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
¿Recibió el participante una infusión continua de vasopresores o inotrópicos hoy?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Si es Si, registre la tasa de infusión más alta por hora para cada día recibido.													

Terapia de reemplazo renal

Complete este formulario si el participante recibió una terapia de reemplazo renal durante su hospitalización, hasta el primer día del día 60, el alta de la UCI o la muerte.

Los siguientes datos deben ingresarse en REDCap™ en el formulario de Resultados.

Inicio de TRR Fecha /Hora:	<ul style="list-style-type: none"> • Si el participante estaba recibiendo RRT antes de la admisión, indique "Si". • Si el participante no inició la prueba de RRT hasta que fue hospitalizado, registre la Fecha y la Hora de inicio.
Termino de TRR Fecha /Hora:	<ul style="list-style-type: none"> • Grabar la Fecha y Hora RRT detenidas. • Si el participante todavía recibía TRR después del alta hospitalaria o en el Día 60, marque la casilla correspondiente.

Los siguientes datos deben ingresarse en REDCap™ en el formulario de reemplazo renal desde el día 1-12.

¿Recibió el participante el RRT hoy?	<p>Si 'Si', especifique todos los modos recibidos durante el día (es decir, período de 24 horas):</p> <p>Intermitente (IHD)</p> <p>Continuo (CRRT)</p> <p>Baja eficiencia sostenida (SLED)</p> <p>Peritoneal (DP)</p> <p>Otra especificar): _____</p>
---	---

¿Recibió el paciente TRR durante esta estancia en la UCI?

Si / Si es Si, completa los campos a continuación.

No

¿El paciente estaba recibiendo TRR antes de la admisión?

Si (completa la información de la fecha de finalización abajo a la izquierda)

No (completa la información de la fecha de inicio y finalización abajo a la derecha)

<p>Fecha de finalización</p> <p><input type="checkbox"/> Después del alta hospitalaria</p> <p><input type="checkbox"/> A los 60 días, todavía en TRR en el hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de final real (AAAA-MM-DD): _____</p>	<p>Fecha de inicio y finalización:</p> <p>Fecha de inicio (YYYY-MM-DD): _____</p> <p>Fecha de finalización:</p> <p><input type="checkbox"/> Después del alta hospitalaria</p> <p><input type="checkbox"/> A los 60 días, todavía en TRR en el hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de final real (AAAA-MM-DD): _____</p>
--	---

Datos diarios / resultados: terapia de reemplazo renal

		Episodio 1	Episodio 2	Episodio 3	Episodio 4	Episodio 5						
¿Recibió el participante terapia de reemplazo renal (TRR) durante el estudio?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ↓												
Fecha / Hora de inicio: <input type="checkbox"/> Comenzó TRR antes de la admisión a la UCI <input type="checkbox"/> Comenzó en la UCI: Fecha de finalización: (YYYY-MM-DD): Hora de inicio (HH: MM, 24h):	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:	<input type="checkbox"/> Antes de la UCI <input type="checkbox"/> En la UCI:						
Fecha / hora de parada: <input type="checkbox"/> Continuado pasado el alta hospitalaria <input type="checkbox"/> Todavía en RRT en el hospital en el día 60 <input type="checkbox"/> Real: Fecha de finalización: (YYYY-MM-DD): Hora de inicio (HH: MM, 24h):	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Continuado <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:						
¿Recibió el participante un TRR hoy? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:						
Si Si, especifique el modo: <input type="checkbox"/> Intermitente (IHD) <input type="checkbox"/> Continuo (CRRT) <input type="checkbox"/> Baja eficiencia sostenida (SLED) <input type="checkbox"/> Peritoneal (DP) <input type="checkbox"/> Otra especificar	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> IHD <input type="checkbox"/> CRRT <input type="checkbox"/> SLED <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Other:						
Día de estudio:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Ventilacion mecanica

Definición de ventilación mecánica invasiva

Definimos ventilación mecánica invasiva como cualquier modo de presión positiva intermitente administrada a través de un tubo traqueal nasal / oral o traqueotomía con o sin presión espiratoria final positiva y ventilación u oscilación de alta frecuencia.

Inicio de la ventilacion mecanica Fecha /Hora	Registro de la fecha y hora en que se inició la ventilación mecánica invasiva. Si no se encuentra la Hora en el registro médico, use la casilla de verificación "No disponible" en REDCap™.
Termino de la ventilacion mecanica Fecha /Hora	<p>Indique cuándo se detuvo la ventilación mecánica invasiva o si aún está en curso en el día 60, marque la opción 'todavía ventilada en el día 60</p> <p>Se considerará que los participantes respiran sin ventilación mecánica invasiva si son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • extubado y en mascarilla facial (puntas nasales) O • intubado o respirando a través de un tubo en T O • mascara traqueotomica respiracion o • Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) ≤ 5 cm H2O sin presión de soporte o asistencia de ventilación obligatoria intermitente.
¿Se reinició la ventilación mecánica?	<p>Si el participante es extubado y reububado dentro de <24 horas, consideramos que este es el mismo evento de ventilación.</p> <p>Si el participante es extubado y re-intubado ≥ 24 horas, esto se considera un nuevo evento de ventilación y el nuevo inicio Fecha / Hora y parada Fecha / Hora se deben registrar. Si corresponde, se pueden ingresar hasta 5 eventos de ventilación para cada participante.</p>

Resultados: Ventilación mecánica

	Episodio 1	Episodio 2	Episodio 3	Episodio 4	Episodio 5
Fecha de inicio (YYYY-MM-DD):					
Hora de inicio (HH: MM, 24h)	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> N/A
Fecha / hora de parada: <input type="checkbox"/> Igual que la fecha / hora de la muerte <input type="checkbox"/> Todavía ventilado en el día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:	<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Día 60 <input type="checkbox"/> Real:
Fecha de finalización: (YYYY-MM-DD): Hora de inicio (HH: MM, 24h):					
↑					
¿Se detuvo la ventilación mecánica y luego se reinició \geq 24 horas desde la fecha / hora de la última parada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proceda a ingresar los detalles para el próximo episodio. Ingrese hasta 5 episodios, si corresponde.					

Resultados del hospital (1)

Complete este formulario después de 60 días a partir de la admisión inicial en la UCI del participante o después de su muerte, lo que ocurra primero.

¿Se utilizó la calorimetría indirecta para controlar las necesidades nutricionales en algún momento?	Si se utilizó Si, se usó calorimetría indirecta durante la participación en el estudio del paciente, registre las Fecha s asociadas. Graba hasta 5 Fecha s.
¿Se retiró el consentimiento durante esta estancia en la UCI?	En el caso de que el participante retire el consentimiento durante su participación en el estudio, seleccione "Si".
Fecha / Hora de retiro del consentimiento:	Registre la Fecha y Hora en que el sujeto retiró su consentimiento para participar en el ensayo.
Tipo de retiro:	Especifique si el retiro del consentimiento se refiere a la intervención del estudio, la recopilación de datos o ambas utilizando las 3 opciones enumeradas: <ul style="list-style-type: none"> • detener la intervención, continuar la recopilación de datos • detener la intervención, detener la recopilación de datos (descartar los datos anteriores) • detener la intervención, detener la recopilación de datos (mantener los datos anteriores)
Razón por la que se retiró el consentimiento.	Indique una breve razón por la cual se retiró el consentimiento para este participante.
Estancia en la UCI	Indique si el participante falleció en la UCI en su admisión inicial. Si Si, indique la Fecha y Hora de la muerte. Si no, fueron dados de alta, indique la Fecha y Hora de alta. Si el participante fue readmitido en la UCI. Definimos la readmisión como ≥ 24 horas a partir del alta de la UCI. Si es menos que esto, considérela la misma admisión en la UCI. Si se vuelve a ingresar dentro de los 60 días posteriores a la admisión inicial, complete la misma información para cada readmisión en la UCI hasta 5 readmisiones. Alternativamente, si no y aún estaban en la UCI el día 60, marque la casilla correspondiente.
Alta hospitalaria	Si el participante estaba vivo y dado de alta de la UCI dentro de los 60 días, indique si murió en el hospital. Si Si, indique la Fecha y Hora de la muerte. Si no, fueron dados de alta, indique la Fecha y Hora de alta y dónde fueron dados de alta. Alternativamente, si no y estaban en el hospital el día 60, marque la casilla correspondiente.
Re-admisión al hospital	Si el participante fue readmitido en el hospital dentro de los 60 días posteriores a su admisión inicial en la UCI: Definimos un reingreso hospitalario como ≥ 24 horas desde el alta hospitalaria y ser admitido en un servicio de hospitalización. Esto no incluye visitas a la sala de emergencias que no den como resultado que el participante esté bajo un servicio de hospitalización y en una cama de guardia. Si es readmitido dentro de los 60 días de la admisión inicial, complete la misma información para cada readmisión en el hospital

Resultados del hospital (2)

<p>Resultados de 60 días ** RESULTADO DEL ESTUDIO PRIMARIO</p>	<p>Este es nuestro resultado primario y es importante que lo grabemos con precisión.</p> <p>En o después del día 60 (esta Fecha es de 60 días a partir de la fecha de admisión en la UCI inicial del participante), haga un intento (utilizando los recursos mencionados a continuación) para confirmar el estado de supervivencia del participante:</p> <p>Si se sabe que el participante está vivo: Registre la Fecha en que se supo por última vez que el participante estaba vivo. Esta Fecha debe ser posterior o posterior al día 60.</p> <p>Si el participante ha fallecido: Registrar la fecha de la muerte si se conoce. Esta Fecha debe ser anterior al día 60. Si se desconoce la fecha de la muerte, registre la última fecha que se sabe que está viva. Esta Fecha debe ser anterior al día 60.</p> <p>Si el estado de supervivencia del participante es desconocido: Registre la Fecha en que se supo por última vez que el participante estaba vivo. Esta Fecha debe ser anterior al día 60.</p> <p>Para cualquiera de las respuestas, cuando sea apropiado y permisible, utilice los recursos a continuación para recopilar esta información. Asegúrese de agotar todos los recursos para capturar con precisión estos datos.</p> <p>Registros médicos: busque en los registros médicos electrónicos para ver si hay evidencia de muerte o si la evidencia está viva (por ejemplo, readmisión, consulta en una clínica, procedimiento realizado, etc.)</p> <p>Atención domiciliaria: si el participante recibió atención domiciliaria en el momento del alta, póngase en contacto con ellos para determinar si el participante está vivo.</p> <p>Obituarios: busque en los obituarios en línea periódicos en el área local del participante en busca de evidencia de muerte</p> <p>Internet: Google busca en el participante pruebas documentadas de muerte</p> <p>Médico familiar: comuníquese con el consultorio del médico familiar para determinar si el participante sigue vivo</p> <p>El participante del centro fue dado de alta: si el participante fue dado de alta en otro centro de atención médica o de cuidados a largo plazo, comuníquese con él para determinar el estado de supervivencia del participante.</p>
---	---

<p>¿Se utilizó la calorimetría indirecta para gestionar las necesidades nutricionales en cualquier momento?</p> <p>Si →</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>En caso afirmativo, registre las fechas correspondientes (hasta 5): _____; (2) _____; (3) _____</p> <p>(4) _____; (5) _____</p> <p><input type="checkbox"/> > 5 <i>(Por favor, marque esta casilla de calorimetría que se usó más de 5 Horas durante el período de estudio)</i></p>
--	---

<p>Consentimiento retirado durante la estancia en la UCI</p> <p><input type="checkbox"/> Si →</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>↓</p>	<p>Fecha / hora del consentimiento retirado / denegado:</p> <p>Tipo de retiro / denegación de consentimiento:</p> <p><input type="checkbox"/> Detener la intervención, continuar la recopilación de datos</p> <p><input type="checkbox"/> Detener la intervención, detener la recopilación de datos (descartar datos anteriores)</p> <p><input type="checkbox"/> Detener la intervención, detener la recopilación de datos (conservar los datos anteriores)</p>
---	---

Estancia en la UCI 1

<p>¿Murió el paciente durante esta estancia en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente vivo en la UCI a los 60 días</p>		
<p>Fecha / hora de muerte:</p>	<p>Fecha / hora de alta de la UCI: →</p>	<p>¿Fue el paciente readmitido en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No</p>

Estancia en la UCI 2

<p>¿Murió el paciente durante esta estancia en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente vivo en la UCI a los 60 días</p>		
<p>Fecha / hora de muerte:</p>	<p>Fecha / hora de alta de la UCI: →</p>	<p>¿Fue el paciente readmitido en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No</p>

Estancia en la UCI 3

<p>¿Murió el paciente durante esta estancia en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente vivo en la UCI a los 60 días</p>		
<p>Fecha / hora de muerte:</p>	<p>Fecha / hora de alta de la UCI: →</p>	<p>¿Fue el paciente readmitido en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No</p>

Estancia en la UCI 4

<p>¿Murió el paciente durante esta estancia en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓ <input type="checkbox"/> No, paciente vivo en la UCI a los 60 días</p>		
<p>Fecha / hora de muerte:</p>	<p>Fecha / hora de alta de la UCI: →</p>	<p>¿Fue el paciente readmitido en la UCI?</p> <p><input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No</p>

Outcomes: Hospital Outcomes (2)

Estancia en la UCI 5

¿Murió el paciente durante esta estancia en la UCI?		
<input type="checkbox"/> Si ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente vivo en la UCI a los 60 días
Fecha / hora de muerte:	Fecha / hora de alta de la UCI: →	¿Fue el paciente readmitido en la UCI?
		<input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No

Alta hospitalaria (si el pt fue dado de alta de la UCI y no murió en la UCI)

¿Murió el paciente durante esta estancia en el hospital?		
<input type="checkbox"/> Si ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente aun en el hospital a los 60 días
Fecha / hora de muerte:	Fecha/Hora del alta hospitalaria: →	Alta : ↓
		<input type="checkbox"/> Guardia en otro hospital <input type="checkbox"/> UCI en otro hospital <input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Unidad de rehabilitación <input type="checkbox"/> Hogar con apoyo de cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Hogar sin cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El paciente fue readmitido en el hospital? <input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No		

Readmisión Hospitalaria 1

¿Murió el paciente durante esta estancia en el hospital?		
<input type="checkbox"/> Si ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente aun en el hospital a los 60 días
Fecha / hora de muerte:	Fecha/Hora del alta hospitalaria: →	Alta : ↓
		<input type="checkbox"/> Guardia en otro hospital <input type="checkbox"/> UCI en otro hospital <input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Unidad de rehabilitación <input type="checkbox"/> Hogar con apoyo de cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Hogar sin cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El paciente fue readmitido en el hospital? <input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No		

Readmisión Hospitalaria 2

¿Murió el paciente durante esta estancia en el hospital?		
<input type="checkbox"/> Si ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente dado de alta ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente aun en el hospital a los 60 días
Fecha / hora de muerte:	Fecha/Hora del alta hospitalaria: →	Alta : ↓
		<input type="checkbox"/> Guardia en otro hospital <input type="checkbox"/> UCI en otro hospital <input type="checkbox"/> Centro de cuidado a largo plazo <input type="checkbox"/> Unidad de rehabilitación <input type="checkbox"/> Hogar con apoyo de cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Hogar sin cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Otro _____
¿El paciente fue readmitido en el hospital? <input type="checkbox"/> Si ↓ <input type="checkbox"/> No		

Resultados a los 60 días (si pt fue dado de alta del hospital y no murió en la UCI u hospital)

¿Murió el paciente dentro de los 60 días posteriores a su admisión en la UCI?	
<input type="checkbox"/> Si ↓	<input type="checkbox"/> No, paciente continua vivo ↓
Fecha de la muerte: ↓	Fecha en que se sabe que está vivo: ↓
Confirme cuál de los siguientes se completó para obtener el estado de supervivencia:	
<input type="checkbox"/> Médico de familiar <input type="checkbox"/> Registros médicos <input type="checkbox"/> El paciente fue dado de alta a <input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Obituarios <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	

La recopilación de datos para este paciente ahora está completa.