



Formulario 1: Datos demográficos del centro

Traducción al español:

V1. Federico Carini (federico.carini@hiba.org.ar, diciembre 2019)

V2. Eduardo Tobar (agosto 2020)

A. Datos demográficos de la UCI

(complete 1 formulario para cada UCI participante en SANDMAN)

1. **Nombre del hospital:** _____
2. **Ciudad en la que está localizado el hospital:** _____
3. **País en el que está localizado el hospital:** _____
4. **Marque la categoría más apropiada para su hospital (elija sólo una):**

- Hospital asociado a universidad
 Hospital Regional / Comunitario – **Hospital escuela / docente**
 Hospital Regional / Comunitario – **No hospital escuela**
 Otros

5. **Defina el rango más apropiado para la cantidad de camas de las que dispone su hospital**
(seleccione sólo una opción)

< 250 251-499 500-1000 > 1000

6. **Elija el tipo de población PREDOMINANTE que suele atenderse en su UCI (elija sólo una opción)**
En caso que en su UCI se atienda más de un tipo de paciente, elija "UCI mixta"

- Unidad de quemados
 UCI cardiológica
 UCI coronaria
 UCI médica
 UCI mixta
 UCI neurocrítica / neuroquirúrgica
 UCI quirúrgica
 UCI trasplante
 UCI trauma
 Otros

7. **¿Cuál es el modelo de cuidado en su UCI?**

- UCI cerrada: el cuidado de los pacientes está a cargo de 1 equipo de intensivistas, solo los intensivistas tienen privilegios para ingresar paciente a la UCI
 UCI abierta: cualquier médico clínico o cirujano puede ingresar pacientes a la UCI; los intensivistas funcionan como consultores a pedido de los médicos a cargo de los pacientes.



- Semi cerrada: sólo los intensivistas pueden ingresar pacientes a la UCI; pero tratan a los pacientes en colaboración con otros médicos
- Otros

8. ¿Con cuántas camas cuenta su UCI? (selección sólo una opción, camas que pueden participar del SANDMAN)

< 10 11-19 20-29 > 30

9. ¿De cuántos respiradores dispone para ventilación mecánica en su UCI?

1-5 6-10 11-20 > 21

10. Elija el rango aproximado de ingresos anuales en su UCI (sólo una opción)

< 300 301-500 501-1000 > 1000

B. Información del personal de la UCI

1. ¿Cuál es la relación enfermero/a:paciente en VM (en promedio) que suele haber en su UCI? (sólo una opción)

1:1 1:2 1:3 1:4 Otros

2. ¿Cuál es la relación enfermero/a:paciente que NO ESTÁ RECIBIENDO VM (en promedio) que suele haber en su UCI? (sólo una opción)

1:1 1:2 1:3 1:4 Otros

3. ¿Cuál es la relación médico especialista en terapia intensiva:paciente que hay en su UCI durante el día? (sólo una opción)

1:5 1:6-10 1:11-15 1:16-20 Otros

4. Elija todo el personal que trabaja en la UCI diariamente, de los mencionados en la lista (marque todos los que correspondan)

- Médico residente (residente de otra especialidad que no sea cuidados críticos)
- Residente / fellow de cuidados críticos o anestesia
- Enfermera de práctica avanzada (ANP, *nurse practitioner*)
- Enfermera especializada en cuidados críticos
- Médico de staff (coordinador / consultor)



5. **¿Quién brinda asesoramiento clínico fuera de horario laboral durante las noches o fines de semana PRESENCIALMENTE en su UCI? (marque todos los que correspondan)**
- Médico residente (residente de otra especialidad que no sea cuidados críticos)
 - Residente / fellow de cuidados críticos o anestesia
 - Enfermera con prácticas avanzadas (*nurse practitioner*)
 - Enfermera especializada en cuidados críticos
 - Médico de staff (coordinador / consultor)
 - Ninguna de las anteriores
 - Otros
 - Desconocido / No disponible
6. **Marque todas las especialidades de los médicos que trabajan en la UCI como intensivistas a cargo de los pacientes críticos.**
- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestesiología | <input type="checkbox"/> Cuidados Críticos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Medicina familiar |
| <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Medicina interna |
| <input type="checkbox"/> Neumonología crítica | <input type="checkbox"/> Emergentología |
| <input type="checkbox"/> Otros | |
7. **¿Cuentan con terapeutas respiratorios su UCI?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible
8. **¿Cuentan en su UCI con fármacos específicos para la UCI y que participan al menos una vez al día en la ronda de sala?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible
9. **¿Cuentan en su UCI con fisioterapeutas específicos para la UCI al menos en los días de semana?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible
10. **¿Cuentan en su UCI con un equipo de movilización, con la función específica de movilizar precozmente a los pacientes?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible
11. **¿Cuentan en su hospital con un musicoterapeuta?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible
12. **¿Cuentan en su hospital con terapia con mascotas o se permite a los pacientes recibir la visita de sus mascotas en la UCI?**
- Sí No Desconocido / Información no disponible

**13. ¿Cómo es la estructura de su UCI? Seleccione todas las configuraciones de cuartos disponibles en su UCI.**

- Cuartos individuales únicamente 2 pacientes por cuarto
 Más de 2 pacientes por cuarto UCI abierta, sin paredes, camas separadas por cortinas o similar

14. Marque la opción que mejor describa la política de visitas en su UCI (marque todas las que correspondan)

- Acceso libre durante las 24 hs (excepto por periodos breves para procedimientos por ej.)
 Limitado a periodos específicos del día
 No se permiten visitas en la UCI
 Otros

C. Prácticas habituales y protocolos de la UCI

1. ¿Cuál de los siguientes analgésicos endovenosos están disponibles en su UCI? (marque todos los que correspondan)

- Acetaminofeno / paracetamol Sufentanilo Hidromorfona
 Fentanilo Morfina Dezocina
 Canabinoides (por ej nabilona) Remifentanilo Otros

2. ¿Utilizan rutinariamente una escala para evaluar dolor en su UCI?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

2.1 En caso afirmativo, marque todas las escalas de dolor que se utilizan en su UCI

- Escala conductual del dolor BPS
 Herramienta de evaluación del dolor en cuidados críticos (CPOT)
 Escala de dolor por expresión facial (FACES)
 Escala de nocicepción en coma
 Escala de dolor no verbal (NVPS)
 Escala de dolor numérica (NRS)
 Escala de descripción visual (VDS)
 Escala Visual Analógica (VAS)
 Otras
 Desconocido / no disponible

3. ¿Qué SEDANTES están disponibles para ser utilizados su UCI? (marque todos los que correspondan)

- Midazolam Lorazepam Diazepam
 Propofol Dexmedetomidina Clonidina
 Ketamina Tiopental Pentobarbital
 Otros

**4. ¿Utilizan rutinariamente una escala para evaluar sedación en su UCI?**

Sí No Desconocido / Información no disponible

4.1 En caso afirmativo, marque todas las escalas de sedación/agitación que se utilizan en su UCI para evaluar el nivel de sedación.

- GCS – Escala de Coma de Glasgow
- MAAS - Escala de evaluación de la actividad motora
- Escala de Ramsay
- RASS – Escala de Agitación y Sedación de Richmond
- SAS – Escala de Sedación y Agitación
- Otras
- Desconocido / no disponible

5. ¿Utilizan rutinariamente una escala para evaluar la presencia de delirium en los pacientes en su UCI?

Sí No Desconocido / Información no disponible

5.1 En caso afirmativo, marque todas las escalas para evaluar delirium que se utilizan en su UCI (marque todas las que apliquen)

- 4AT Assessment test for delirium & cognitive impairment
- Confusion Assessment Method – ICU (CAM-ICU)
- Delirium Motor Subtype Scale (DMSS)
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-V)
- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
- Mini Mental State Examination (MMSE)
- NEElon and CHAMpagne Confusion Scale (NEECHAM)
- Nurses' Delirium Screening Checklist (NuDeSC)
- Single Question in Delirium
- Evaluación clínica únicamente
- Otras
- Desconocido / no disponible

6. ¿Quién está encargado de evaluar a los pacientes en busca de signos y síntomas de delirium en su UCI? (marque todos los que apliquen)

- Médico coordinador / staff (intensivista)
- Residente / fellow
- Psiquiatra o psicólogo
- Enfermera de la UCI
- Otros
- No aplica – no se evalúa la presencia de delirium en nuestra UCI

**7. De la lista siguiente, marque todos los protocolos que están en uso en su UCI**

- Abstinencia alcohólica
- Manejo del dolor
- Movilización
- Manejo de la sedación
- Protocolo de destete (*weaning*) del ventilador / Prueba de ventilación espontánea
- Prevención del delirium y la agitación
- Contención física
- Utilización de BNM
- Ninguno de los anteriores
- Desconocido / no aplica

8. Marque todos los procedimientos de rutina o intervenciones que se realizan en su UCI (marque todos los que correspondan)

- Estrategia de analgesia-primero (antes de los sedantes)
- Vacación diaria de sedación / prueba de despertar diario (salvo que esté contraindicado)
- Evaluar al paciente para detectar abstinencia a opioides (iatrogenica)
- Reducir lentamente la dosis de opioides para evitar abstinencia
- Realizar pruebas diarias de ventilación espontánea (SBT)
- Utilizar alguna herramienta para evaluar el nivel de movilización (por ej., SOMS, PFIT, FSS-ICU, etc)
- Utilizar contención física en pacientes agitados
- Utilización de tecnologías de soporte vital extra-corporeo (por ej ECMO)
- Utilizar anestésicos inhalados / volátiles para la sedación de pacientes críticos en UCI (isoflorano, sevoflorano, desflorano, xenon, óxido nitroso, etc)
- Ninguno de los anteriores
- Otros
- Desconocido / no aplica

9. Indique el horario habitual de inicio de la actividad laboral de cada día (con el formato HH:MM), tal como figura en la documentación de su UCI.

___ : ___ hh:mm

D. Información relacionada con la Pandemia por COVID-19

1. Indique la fecha en la cuando se ingresó a UCI a los 50 primeros pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19. Si esta información es desconocida complete 01/01/2001

___/___/___

2. Su gobierno / institución / Hospital / Sociedades nacionales realizaron una alerta de seguridad relacionado a problemas de abastecimiento de drogas analgésicas, sedantes o bloqueantes neuromusculares durante la pandemia COVID-19

Sí No Desconocido / Información no disponible



2.1. Si tu respuesta fue SI, indica cuando fue realizada la alerta (día/mes/año)

___/___/___

2.2. ¿Su institución cambio las prácticas de uso de drogas sedantes luego de la alerta?

Sí No Desconocido / Información no disponible

3. ¿Su unidad ingresó algún paciente con COVID-19 durante la pandemia?

Sí No Desconocido / Información no disponible

3.1. Si su respuesta fue SI a la P3, indique cuando fue el primer paciente con COVID-19 admitido a su unidad (día/mes/año)

___/___/___

3.2. Indique cual fue el motivo de su admisión

- Síntomas respiratorios relacionados al COVID-19
- Otro diagnóstico, con hallazgo incidental de SARS-CoV-2 positivo
- Desconocido / No disponible

4. ¿Su unidad recibió el mismo tipo de pacientes antes y durante la pandemia de COVID-19? (Ud. NO cambió el mix de casos admitidos a UCI antes y durante la pandemia)

Sí No Desconocido / Información no disponible

5. Marque con cuál de las siguientes respecto a los pacientes con COVID-19 está de acuerdo (seleccione todas las que apliquen).

- Esta cohorte requiere mayores dosis de drogas sedantes.
- Esta cohorte requiere mayores dosis de drogas analgésicas.
- Esta cohorte requiere menores dosis de drogas sedantes.
- Esta cohorte requiere menores dosis de drogas analgésicas.
- Esta cohorte requiere parálisis muscular más frecuentemente que otros pacientes de UCI.
- Esta cohorte requiere parálisis muscular menos frecuentemente que otros pacientes de UCI.
- Esta cohorte tiene mayor incidencia de delirium en su unidad.
- Esta cohorte tiene menor incidencia de delirium en su unidad.