



Formulario 2: Datos diarios de los pacientes

Traducción al español:

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

V2. Eduardo Tobar (agosto 2020)

A. Score de SOFA y ventilación mecánica

1. Score de SOFA

Indicar el mejor valor de la escala de coma de Glasgow (GCS) del día. Para las otras variables fisiológicas seleccionar el peor valor del día. Si el parámetro no se informa en la historia clínica del paciente, seleccione "Desconocido / No disponible". Si hoy no se realizó gasometría arterial, utilice la tabla de conversión para estimar la PaO₂ (consulte el Manual de operaciones, página 12).

	Desconocido / No disponible	1	2	3	4	5	Suma total
Hipotensión		Sin hipotensión (TAM \geq 70 mmHg)	TAM <70 mmHg	*Dopamina \leq 5 mg/kg/min o Dobutamina (cualquier dosis)	*Dopamina > 5 mg/kg/min o Epinefrina \leq 0.1 mg/kg/min o Norepinefrina \leq 0.1mg/kg/min o Vasopresina sola (cualquier dosis)	*Dopamina > 15 mg/kg/min o Epinefrina > 0.1 mg/kg/min o Norepinefrina > 0.1 mg/kg/min o Vasopresina en combinación con cualquier otro medicamento (cualquier dosis)	
Pa/FiO ₂		\geq 400	<400	<300	<200 y ventilación mecánica	<100 y ventilación mecánica	
GCS (mejor del día)		15	13-14	10-12	6-9	<6	
Plaquetas (10 ⁹ /L)		\geq 150	<150	<100	<50	<20	
Creatinina μ mol/L (mg/dL)		<110 (<1.2)	110-170 (1.2-1.9)	170-299 (2-3.4)	300-440 (3.5-4.9) O diuresis <500 ml/día	\geq 440 (\geq 5) O diuresis <200 ml/día	
Bilirrubina total μ mol/L (mg/dL)		<20 (<1.2)	20-32 (1.2-1.9)	33-101 (2-5.9)	102-204 (6-11.9)	>204 (>12)	

*Agentes adrenérgicos administrados por, al menos, 1 hora.

2. ¿Cuál es el modo ventilatorio que utilizó durante la mayor parte del día?

Seleccionar una sola respuesta en base al modo del respirador que se utilizó la mayor parte del día.

- Ventilación mecánica invasiva con tubo endotraqueal (ventilación asistida: ej: presión soporte)
- Ventilación mecánica invasiva con tubo endotraqueal (ventilación controlada: ej: presión o volumen control, y el paciente no esta haciendo esfuerzo respiratorio)
- Soporte extracorpóreo (por ej ECMO)
- Otras
- Desconocido / no disponible

3. ¿El paciente requirió el uso de posición prono para el manejo de la hipoxemia HOY?

Sí No Desconocido / Información no disponible

3.1. Si su respuesta es Si, ¿Cuánto tiempo el paciente estuvo en posición prono HOY?

_____ horas



B. Sedación y analgesia

1. ¿Recibió el paciente algún tipo de sedante en ese día? (ya sea infusión IV, bolo o enteral)

Sí No Desconocido / Información no disponible

1.1 Si el paciente recibió sedación ese día, marque todas las razones que justifican esa indicación

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Isquemia coronaria o arritmia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de hipertensión intracraneana |
| <input type="checkbox"/> Reducir consumo de oxígeno (por ej. En sepsis) | <input type="checkbox"/> Promotor del sueño |
| <input type="checkbox"/> Soporte extra-corporeo | <input type="checkbox"/> Hipoxemia / ARDS |
| <input type="checkbox"/> Normotermia o hipotermia inducida | <input type="checkbox"/> Postquirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Ventilación protectora | <input type="checkbox"/> Prono |
| <input type="checkbox"/> Prevenir el retiro accidental de tubos o dispositivos | <input type="checkbox"/> Status convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Requerimiento de bloqueo neuromuscular | <input type="checkbox"/> Asincronía con el ventilador |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible |

1.2 Si el paciente recibió un sedante ese día, ¿se ajustó la dosis de sedantes de acuerdo a una escala de sedación (por ej. RASS o SAS)?

Sí No Desconocido / Información no disponible

1.2.1 Si se utilizó una escala, marque todas las escalas que se hayan utilizado para ajustar la dosis de sedantes

- 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

1.2.2 ¿La titulación de la sedación se realizó en base a un protocolo formal (escrito)?

Sí No Desconocido / Información no disponible



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

1.2.3 ¿Se utilizó algún tipo de neuromonitoreo para titular la dosis de sedantes?

- Electroencefalograma (EEG) o EEG-procesado (BIS, Entropy, etc.)
- Presión intracraneana (PIC)
- Espectroscopía (NIRS)
- No se utilizó ningún tipo de neuromonitoreo
- Otras
- Desconocido / no disponible

2. ¿Recibió el paciente ALGÚN ANALGÉSICO ese día (intravenoso o enteral)?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

2.1 Si recibió algún analgésico, ¿se ajustó la dosis de analgésicos de acuerdo a una escala de analgesia?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

2.1.1 Si se utilizó alguna escala para valorar el dolor y ajustar la dosis de analgésico, marque todas las escalas que se hayan utilizado

- 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 Visual Analógica (VAS)
- Otras
- Desconocido / no disponible

2.2 ¿Se estableció un valor objetivo para el dolor en el día en estudio?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

2.3 ¿Se utilizó un protocolo o algoritmo escrito para ajustar la dosis de analgésico?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3. ¿El paciente recibió una infusión continua de SEDANTES O ANALGÉSICOS ese día?

- Sí No Desconocido / Información no disponible



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

3.1 ¿En caso que haya estado recibiendo sedantes en infusión continua, se hizo interrupción intencional de la SEDACIÓN en infusión continua en el día en estudio?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3.1.1 Si la SEDACIÓN en infusión continua fue intencionalmente detenida, ¿tuvo que ser reiniciada en el mismo día?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3.1.1.1 ¿A qué dosis o velocidad de infusión se re-inicio luego de estar suspendida?

- La misma dosis
- A MENOS dosis
- A MAYOR dosis
- Desconocido / no disponible

3.2 ¿En caso que haya estado recibiendo analgésicos en infusión continua, se hizo interrupción intencional de la ANALGESIA en infusión continua en el día en estudio?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3.2.1 Si la ANALGESIA en infusión continua fue intencionalmente detenida, ¿tuvo que ser reiniciada el mismo día?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

3.2.1.1 ¿A qué dosis o velocidad de infusión se re-inicio luego de estar suspendida?

- La misma dosis
- A MENOS dosis
- A MAYOR dosis
- Desconocido / no disponible



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

3.3 Registre aquí todos los sedantes Y analgésicos que haya recibido en INFUSIÓN el paciente ese día. NO registre aquí los antipsicóticos.

(Por ej. benzodiazepinas (midazolam, lorazepam), opioides (morfina, fentanilo, remifentanilo, etc.), propofol, dexmedetomidina)

Nombre del fármaco	Dosis total recibida en ese día (mg/24 hs)	Cantidad de horas de infusión en 24 hs (por ej., el paciente tuvo infusión durante 11 de 24 hs en el día de hoy)

3.4 Por favor indique si la velocidad de infusión de SEDANTES fue distinta durante el día (08:00-20:00) en comparación con la noche (20:00-08:00)

- Más ALTA durante la NOCHE Más ALTA durante el DÍA
 Se mantuvo igual Desconocido / información no disponible

3.5 Por favor indique si la velocidad de infusión de ANALGÉSICOS fue distinta durante el día (08:00-20:00) en comparación con la noche (20:00-08:00)

- Más ALTA durante la NOCHE Más ALTA durante el DÍA
 Se mantuvo igual Desconocido / información no disponible

4. Registre aquí todos los sedantes Y analgésicos INTRAVENOSOS INTERMITENTES (bolo) que haya recibido el paciente ese día. NO registre aquí los antipsicóticos.

Nombre del fármaco	Cantidad de dosis administrada en 24 hs	Cantidad total administrada en 24 hs (en mg)



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

--	--	--

5. Registre aquí todos los sedantes Y analgésicos ENTERALES que haya recibido el paciente ese día. NO registre aquí los antipsicóticos.

Nombre del fármaco	Cantidad de dosis administrada en 24 hs	Cantidad total administrada en 24 hs (en mg)



C. Agitación y antipsicóticos

1. ¿Se utilizó algún tipo de contención física en el paciente durante el día en estudio (ya sea en muñeca, tobillos o tronco)?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

1.1 ¿Qué tipo/s contención física se utilizaron ese día con ese paciente? (marque todas las que apliquen, en el Manual de Operaciones se ofrecen imágenes descriptivas en la página 17)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tobillos | <input type="checkbox"/> Muñecas |
| <input type="checkbox"/> Mitones de mano | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Torso | <input type="checkbox"/> Desconocido / Información no disponible |

2. ¿Se produjo el retiro o remoción accidental de alguna vía/cateter/tubos en ESE DÍA?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

2.1 En caso que se haya producido algún retiro accidental, marque todos los dispositivos que se hayan retirado accidentalmente ese día.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Drenaje abdominal | <input type="checkbox"/> Cateter arterial |
| <input type="checkbox"/> Sonda vesical | <input type="checkbox"/> Cateter venoso central |
| <input type="checkbox"/> Drenaje torácico | <input type="checkbox"/> Cateter de diálisis |
| <input type="checkbox"/> Tubo endotraqueal | <input type="checkbox"/> Cateter de analgesia epidural /
paravertebral / local |
| <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica | <input type="checkbox"/> Drenaje lumbar o ventricular externo /
cateter de PIC |
| <input type="checkbox"/> Otros drenajes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Cánula de traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / información no disponible | <input type="checkbox"/> Acceso venoso periférico |
| <input type="checkbox"/> Otros | |



3. Registre aquí **todos** los antipsicóticos típicos y atípicos que haya recibido el paciente (ya sea como dosis fija o según necesidad PRN) En la página 18 del Manual de operaciones puede consultar una lista orientativa de anti- psicóticos.

Nombre del fármaco	Vía de administración (IM, VO, SC, IV-C, IV-B, T, etc.)	Cantidad total de dosis administradas en 24 hs	Cantidad total administrada en 24 hs (en mg)

4. ¿Se evaluó formalmente al paciente para detectar la presencia de delirium ESE DÍA?

Sí No Desconocido / Información no disponible

- 4.1 En caso afirmativo, registre todas las escalas que hayan sido utilizadas para evaluar delirium ese día.

- 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

- 4.2 ¿Tuvo delirium el paciente ese DÍA?

Sí No Desconocido / Información no disponible

- 4.2.1 Elija qué tipo de delirium (respecto a hiper o hipoactivo) fue más prevalente en el caso de ese paciente



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Hipoactivo |
| <input type="checkbox"/> Mixto (hiper e hipoactivo) | <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible |

4.2.2 Si el paciente tuvo delirium, registre todos los síntomas de delirium presentes en el paciente ese día.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento desorganizado | <input type="checkbox"/> Desorientación en espacio / tiempo / persona |
| <input type="checkbox"/> Inatención | <input type="checkbox"/> Alteraciones en la percepción |
| <input type="checkbox"/> Menor nivel de conciencia | <input type="checkbox"/> Trastornos en la memoria a corto plazo |
| <input type="checkbox"/> Alteración del ciclo sueño-vigilia | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible | |



D. Bloqueantes neuromusculares

1. ¿Recibió el paciente algún bloqueante neuromuscular (BNM) durante el día en estudio?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

1.1 En caso afirmativo, seleccione todas las indicaciones para la utilización de BNM en ese paciente.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipoxemia/SDRA | <input type="checkbox"/> Agitación |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipercapnia |
| <input type="checkbox"/> Shock/inestabilidad hemodinámica | <input type="checkbox"/> Inducción para intubación |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de remoción accidental de dispositivos | <input type="checkbox"/> Por procedimiento de UCI |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral/aumento de presión intracraneana | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Traslado (interno o externo) | <input type="checkbox"/> Procedimientos mayores (cirugías, etc) |
| <input type="checkbox"/> Hipotermia terapéutica | <input type="checkbox"/> Arritmia inestable |
| <input type="checkbox"/> Otras | <input type="checkbox"/> Desconoce/No disponible |

1.2 En caso que haya estado recibiendo BNM ese día, seleccione el modo más prevalente de administración de BNM en ese paciente: en bolo IV o en infusión continua.

- Uno o varios bolos IV Infusión continua Desconocido / Información no disponible

1.2.1 En caso que haya recibido BNM en infusión continua, ¿fue detenida **intencionalmente** ese día (por la razón que sea)?

- Sí No Desconocido / Información no disponible

1.3 En caso que haya estado recibiendo BNM ese día, seleccione todos los metodos que se hayan utilizado para evaluar el grado de bloque neuromuscular ese día.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausencia de esfuerzo ventilatorio | <input type="checkbox"/> Ausencia de movimientos en general |
| <input type="checkbox"/> Electroencefalograma/electromiograma | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Tren de Cuatro (TOF) | |
| <input type="checkbox"/> Desconocido / no disponible | |



SANdMAN Formulario 3- Datos diarios del paciente Centro # ____

ID Paciente ____ Día # ____

Formulario completado el (DD/MM/YYYY) ____/____/____

1.4 En caso que haya estado recibiendo BNM ese día, seleccione todos los BNM que haya recibido el paciente ese día.

Nombre de la droga	Forma de administración	Total dosis en 24 hs (mg)
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	
	<input type="radio"/> Bolo <input type="radio"/> Continua	



E. Movilidad

1. Por favor, elija el nivel máximo de movilidad que alcanzó el paciente ese día.

- Si se desconoce el nivel de movilidad del paciente, marque *Respuesta 8*.

Categoría	Descripción
0	Nada: el paciente se rotó o ejercitó pasivamente, pero no se movió activamente (incluye levantar la cabecera de la cama a la posición vertical sin la participación del paciente en el movimiento, la fisioterapia torácica y la inmovilización)
1	Traslado de la cama a la silla sin estar de pie: elevador pasivo o deslizarse a la silla sin estar de pie
2	Sentado en la cama / ejercicios en la cama: cualquier actividad en la cama, incluyendo balanceo activo, puente, ejercicios activos, movimiento activo desde la posición supina a la posición sentada, uso del ergometría (bicicleta), uso de la mesa inclinable, no moverse fuera de la cama o al borde de la cama.
3	Sentado al borde de la cama: sentarse activamente al costado de la cama con algo de control del tronco (puede ser asistido)
4	De pie: carga de peso a través de los pies en posición de pie con o sin ayuda; puede incluir el uso de un levantador de paciente
5	Transferencia de la cama a la silla parándose: capaz de caminar o bipedestar y pasar a la silla. Esto implica transferir activamente el peso de una pierna a otra para pasar a la silla
6	Marchando en el lugar: puede caminar en el lugar levantando los pies alternativamente (debe poder pisar al menos 4 veces, 2 por cada pie) con o sin ayuda
7	Caminar: alejarse de la cama o silla con, al menos, 4 pasos (2 por cada pie) asistido por una persona / personas o ayuda para caminar, o sin ayuda
8	Desconocido: se desconoce qué actividad realizó