

Estudio Internacional de Nutrición 2014

**Formulario de recolección de datos e instrucciones:
Unidades No-Quemados
Versión Final: 9 de Junio de 2014**

**Traducción:
Dr. William Manzanares
& Dr. Daniela Adjemian**

Contactos del Centro Investigador

Clinical Evaluation Research Unit (CERU): Contactos	
Dr. Daren Heyland Investigador Principal Tel: 613-549-6666 ext. 4847 Fax: 613-548-2428 Email: dkh2@queensu.ca	Kingston General Hospital Angada 4, 76 Stuart Street Kingston ON K7L 2V7
Rupinder Dhaliwal Líder del Proyecto Tel: 613-549-6666 ext. 3830 Fax: 613-548-2428 Email: dhaliwar@kgh.kari.net	
Margot Lemieux Asistente de proyecto Tel: 613-549-6666 ext. 2812 Fax: 613-548-2428 Email: lemieuxm@kgh.kari.net	

Todas las preguntas relacionadas con la recolección de los datos deben ser dirigidas a la Asistente del Proyecto.

Instrucciones Generales

Estos formularios de recolección de datos son para UCIs de pacientes No-Quemados. Si usted pertenece a una UCI de quemados, diríjase a los formularios de recolección de datos de UCIs de quemados.

Completar los formularios de recolección de datos:

- Los datos requeridos por los formularios deben ser obtenidos directamente de los documentos originales (Ej. Historia médica del paciente).
- Estos formularios impresos constituyen un documento importante, por ende asegúrese de que sean completados en su totalidad.
- Los datos serán introducidos en un sistema web seguro denominado REDCap y los mismos serán enviados al Centro Investigador (CERU).
- Todos los campos de datos deben ser completados.

Notas importantes sobre los formularios de recolección de datos

- Las fechas deben ser introducidas en el formato año –mes – día (AAAA-MM-DD).
- La hora debe ser introducida en el formato militar (HH:MM); la medianoche corresponderá a la hora 00:00.
- Los días del estudio comienzan y terminan a la medianoche sin importar cuando empiece y termine la hoja de trabajo en su unidad de cuidados intensivos (UCI)
- Los días del estudio están definidos por el reloj calendario (Ej. 00:00 – 23:59 hrs)
 - Día 1 de estudio: admisión a UCI y hasta las 23:59 de ese día.
 - Día 2 de estudio: día siguiente al día de enrolamiento en el estudio comenzando a las 00:00 hasta las 23:59.
 - El día 1 del estudio así como el último día en la UCI pueden no ser días de 24 horas.
- Ejemplo 1: Paciente ingresado a la UCI el 9 de Septiembre, hora 02:00
 - Día 1: 9 de Septiembre (desde las 02:00 hasta las 23:59)
 - Día 2: 10 de Septiembre (desde las 00:00 hasta las 23:59)
 - Día 3: 11 de Septiembre (desde las 00:00 hasta las 23:59)
- Ejemplo 2: Paciente ingresado a la UCI el 8 de Septiembre a las 12:00; alta de UCI el día 11 de Septiembre a las 18:00 hs.
 - Día 1: 8 de Septiembre (desde las 12:00 hasta las 23:59)
 - Día 2: 9 de Septiembre (desde las 00:00 hasta las 23:59)
 - Día 3: 10 de Septiembre (desde las 00:00 hasta las 23:59)
 - Día 4: 11 de Septiembre (desde las 00:00 hasta las 18:00)
- Si Ud. no utiliza la hora calendario (00:00 – 23:59) para ingresar los datos en el REDCap, Ud. puede recibir “error” indicando que Ud tiene muchos o muy pocos datos; finalmente Ud. será incapaz de finalizar estos pacientes hasta tanto los errores no sean resueltos.
- En cualquier lugar del formulario donde se indique o donde haya sido seleccionado “Otro, especifique” debe describirse lo ue significa “otro”.

Introducción de datos en línea:

- El sistema electrónico de recolección de datos puede ser accedido siguiendo el siguiente enlace REDCap en nuestra página web: www.criticalcarenutrition.com o directamente a <https://ceru.hpcvl.queensu.ca/EDC/redcap/>
- Por favor, lea el Manual REDCap de la Encuesta Internacional para obtener información adicional.

Registro del Sitio 1

Al completar el formulario de registro la asistente de proyecto será notificada y le asignará un nombre de usuario y una contraseña. Los nuevos participantes recibirán por correo electrónico su nombre de usuario y contraseña. Si Ud. participó en la Encuesta del 2011 y/o 2013, su nombre de usuario será reactivado una vez que se enrole en el estudio utilizando la misma dirección de correo electrónico que utilizara en el año 2011 y/o 2013. Asimismo, una nueva contraseña será enviada vía correo electrónico con la finalidad de reactivar su cuenta.

- Un nombre de usuario y contraseña le será entregado sólo a aquellos que se hayan registrado para participar en el estudio.
- El sitio y el registro del usuario deben ser completados **una sola vez** por cada UCI.
 - Asegúrese de que una sola persona sea la encargada de completar el formulario de registro e introduzca la información de contacto de las personas que requieren acceso al sistema.
- Si desea registrar más de una UCI:
 - Cada UCI debe ser registrada por separado; recibirá un nombre de usuario diferente para cada UCI
 - Registre las UCI por separado incluso si solo desea obtener un solo reporte. Notifique la asistente de proyecto si desea un reporte por UCI al momento de registrarse.
- Los usuarios deben acceder al sitio web utilizando su propio nombre de usuario y contraseña para introducir los datos recolectados. Por favor, no pierda su contraseña y evite tener que solicitarla nuevamente.

Usuarios de RECap	Especifique quien es la persona involucrada en la recolección de datos, ingreso de los mismos y la coordinación del estudio. Cada persona indica aquí quien recibirá un nombre de usuario y contraseña en el sistema REDCap
Aprobación Comité de Etica	Indique si su sitio requirió aprobación del comité de ética para participar en el estudio internacional nutrición 2014
Nombre del Hospital	Especifique el nombre completo de su hospital/institución sin abreviaturas tal cual Ud. desea que aparezca en el reporte.
Tipo de Hospital	Un hospital universitario es una institución que provee entrenamiento a estudiantes de medicina. Si su institución solo recibe estudiantes ocasionalmente indique que no es un hospital universitario.
Ubicación	Especifique la ciudad, provincia/estado y país donde se encuentra su hospital
Tamaño del Hospital	Indique el número de camas que posee el hospital.
Múltiples UCI	Indique si su hospital tiene más de una UCI. Si su hospital tiene más de una UCI pero solo una de ella está participando en la presente encuesta debe indicar que su hospital tiene varias UCIs.
Nombre de UCI	Especifique el nombre completo de su UCI como desee que aparezca en el reporte.
Participación en años anteriores	Indique si ésta UCI ha participado en nuestros estudios de nutrición en años anteriores. Si no está seguro consulte con sus colegas o contáctenos para más información.
Tipo de UCI	Indique la estructura de su UCI. Una UCI abierta es aquella unidad donde el cuidado del paciente es compartido entre un médico intensivista (médico con entrenamiento en cuidados intensivos) y otro especialista (doctor de familia, internista, cirujano) siendo el médico intensivista consultado si es necesario. Pacientes en una UCI cerrada

	están a cargo de un médico intensivista ó el cuidado es compartido por el médico intensivista y otro médico especialista.
Tipo de casos	Indique todo los tipos de casos que se tratan en esta UCI.
Director Médico de UCI	Indique si su UCI tiene un director medico
Unidad de quemados	<p>Por favor indique si su UCI es una unidad de quemados. Si usted no pertenece a una unidad de quemados, asegúrese de que está utilizando el Formulario de Recolección de Datos para UCIs de No-quemados.</p> <p>Definición de unidad de quemados: Trata a pacientes con quemaduras e injurias relacionadas a quemaduras. Esto NO INCLUYE condiciones de la piel (ej. Cirugía plástica en No-quemados, Síndrome de Steven-Johnson, úlceras de presión, heridas crónicas)</p>
Número de camas en la UCI	Indique el número de camas que tiene su UCI
Nutricionista en la UCI	<p>Esta es una medida de la cantidad de tiempo que un nutricionista dedica a la UCI en relación con un puesto de trabajo de tiempo completo.</p> <p>Ej: Un ETC (Equivalente a Tiempo Completo) de 1.0 significa que un nutricionista trabaja todo su tiempo en la UCI y un ETC de 0.5 significa que un nutricionista trabaja en la UCI la mitad de un horario normal es decir 2.5 días a la semana. Un ETC de 1.0 también podría significar que dos nutricionistas trabajan cada una la mitad de su tiempo en la UCI.</p>

Registro del Sitio 2

Suplencia de nutricionista los fines de semana	Indique la opción que mejor describa como se maneja la suplencia del nutricionista durante los fines de semana en su UCI
Protocolo de alimentación/ Algoritmo	<p><u>Los protocolos de nutrición enteral son definidos como:</u> herramientas diseñadas para permitir a las enfermeras iniciar, monitorear y/o modificar la administración de la nutricional enteral en los pacientes. La implementación de estos protocolos incluye (pero no se limita) al uso de órdenes impresas y aprobadas por los médicos al momento de que los pacientes son admitidos a la UCI y un algoritmo que contiene instrucciones para el manejo de la NE del paciente. No se refiere a un documento legal sino a un conjunto de herramientas al ser aplicadas en la cabecera de la cama del paciente.</p> <p>Si su UCI utiliza un protocolo de nutrición diferente al protocolo PEP uP para guiar el inicio y/o la progresión de la NE, indique cual de los elementos mostrados son incluidos en su protocolo.</p> <p>Si usted es parte del Pep uP de Colaboración, elija la opción "Sí- Pep uP de Colaboración" e indique qué componentes del Pep uP de Colaboración usted está implementando en su sitio y qué tipo de formula está usando como fórmula de inicio.</p>
Volúmen residual gástrico	Indique si su UCI monitorea el volúmen residual gástrico en pacientes con nutrición enteral. Si su respuesta es afirmativa, indique el umbral en mL.
Protocolo de monitoreo de la Glucemia	Indique si utiliza o no un protocolo para controlar la glucemia. Si lo posee indique el valor máximo y mínimo que considera para obtener un rango aceptable. Por su parte, si sólo utiliza un único valor objetivo, indique dicho valor. Especifique las unidades utilizadas para la determinación de la glucemia (mmol/L, mg/dL) introduciendo un click en los correspondientes espacios.
Evaluación Nutricional	<p>Evaluación nutricional es definida como la valoración de la malnutrición (ej: pérdida de peso, riesgo de malnutrición, etc) y los requerimientos nutricionales (ej: requerimiento de calorías, requerimiento de proteínas, etc).</p> <p>Indique la mejor opción con la que realiza la valoración nutricional en su UCI.</p>
Criterios de Malnutrición	Indique todos los criterios que Ud. utiliza para evaluar la malnutrición.
Indicadores de Inflamación	Indique si Ud. utiliza criterios de laboratorio como indicadores de estado inflamatorio. En caso afirmativo, seleccione todos los indicadores que Ud. monitoriza.

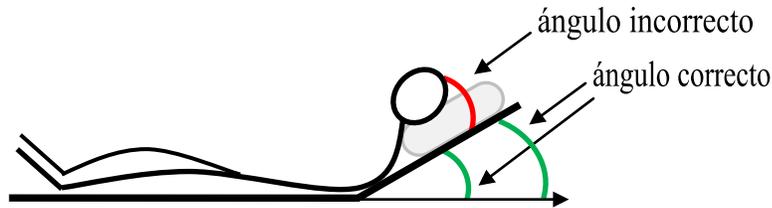
Evaluación de Pacientes

1. Usted registrará los pacientes de manera consecutiva. El término **consecutiva** significa que el siguiente paciente que cumple con los criterios de inclusión debe ser incluido, en lugar de escoger y seleccionar a los pacientes. Comenzando el primer día de recolección de datos, registre todos los pacientes ya ingresados o a partir de ese día, ingréselos en su registro impreso. Todos los datos se pueden recolectar retrospectivamente excepto para la Elevación de la Cabecera. Usted puede detener el ingreso de pacientes una vez que haya incluido por lo menos 20 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Nota: El primer día de estudio representa el día en que el paciente fue admitido a la UCI sin importar cuando fue seleccionado o evaluado. Ej. Si evaluó y selecciona un paciente el 17 de Septiembre y este fue admitido a la UCI el 2 de Septiembre, usted deberá recolectar los datos del paciente desde el 2 de Septiembre hasta el 13 de Septiembre.

Nota: Si la historia médica del paciente está incompleta o si no es posible obtener todos los datos necesarios debe excluir dicho paciente y registrar el siguiente paciente que cumpla con los criterios de inclusión.

2. Las columnas del registro de evaluación y selección representan los criterios de elegibilidad en cuanto a lo que el proceso de recolección de datos se refiere. Marque un ✓ en cada columna que represente un criterio que el paciente cumpla o una × si el paciente no cumple con dicho criterio. Ud. no sabrá si el paciente es elegible para el estudio hasta después de 72 horas de que el paciente es admitido a la UCI (excluya a los pacientes dados de alta de la UCI en las primeras 72 horas). Recolecte los datos de los pacientes que cumplan con todo los criterios de inclusión. Si el número de pacientes que cumplen con todos los criterios es menor a 20, siga evaluando pacientes hasta que logre enrolar 20 pacientes consecutivos en el estudio.
3. Si un paciente fue admitido a la UCI en múltiples oportunidades utilice la información obtenida en la última admisión.
 - a. Si un paciente que ya fue registrado en el estudio es re-admitido a la UCI no lo incluya nuevamente en el estudio.
 - b. Si alguno de los pacientes registrado para el estudio es dado de alta y luego re-admitido a la UCI dentro de las siguientes 48 horas, considere como si el paciente nunca haya sido dado de alta y continúe recolectando datos normalmente.
4. Registre la elevación de la cabecera, en grados, al momento que se identifique al paciente cumpliendo todos los criterios de inclusión. Esto debe observarse al momento del tamizaje (ej. Cuando el paciente sea incluido en el estudio por primera vez). Si la elevación de la cabecera de la cama no se observa, por favor repórtelo como “faltante”. Para determinar la elevación de la cabecera de la cama, use el dispositivo presente en la cama de su UCI. Si no existe aquel dispositivo, deberá estimar el ángulo, y sugerimos que esto lo haga con otro miembro del equipo (ej. enfermera, etc.). Cuando usted lo esté estimando, favor notar si el paciente tiene almohadas bajo su cabeza. Si hay almohadas, asegúrese de registrar el ángulo donde el tronco del paciente se acerca a la cama en vez del ángulo entre la cabeza y la almohada.



5. Escriba el número del paciente REDCap en el registro de evaluación y selección.

Importante: El número del paciente en REDCap y en el registro de selección **no** será el mismo. El sistema REDCap automáticamente asignará un número; este número de paciente REDCap no será consecutivo (ej: de 1 a 20). Estos números comenzarán con el número de identificación de su UC, seguido de un único número por paciente (ej: 15-9 significa que su número de sitio es 15 y este es el paciente número 9).

6. Guarde el registro de evaluación y selección para verificar que paciente corresponde a que número en caso de que el centro metodológico necesite consultarlo con respecto a los datos recolectados o en caso de que su UCI sea seleccionada para una auditoria rutinaria a los efectos de verificar la validez de los datos. En caso de ser necesario, utilice páginas adicionales en el registro de evaluación. Use el Registro de Evaluación para completar el Formulario de término de cada Sitio (ver página 34).

Los pacientes que pueden ser incluidos en el estudio deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Paciente ≥ 18 años (o ≥ 16 años si se aprueba localmente en su sitio)
- 2) Conectado a la ventilación mecánica dentro de las primeras 48 horas de la admisión a la UCI. (La duración de la ventilación mecánica no es de importancia. Los pacientes que están siendo ventilados al momento de ser admitido a la UCI pueden ser incluidos en el estudio.)
- 3.) En UCI por > 72 horas desde admisión a UCI

Información del paciente 1

Sexo	Marque con un ✓ en la opción que corresponde (Hombre o Mujer)
Edad	Edad del paciente al momento de ser evaluado
Criterio de inclusión	Indique si el paciente cumple con los 3 criterios de inclusión antes de continuar con la recolección de datos. Si el paciente no cumple con los 3 criterios, no son elegibles para el estudio. Esto significa que debe encontrar otro paciente que cumpla con los criterios de inclusión.
Fecha y hora de la admisión al hospital*	Introduzca la fecha y hora en la que el paciente ingreso al hospital, ya sea la fecha en que ingreso a la emergencia o algún sala del hospital. Utilice la fecha y hora de ingreso a la UCI para aquellos pacientes que son transferidos directamente desde otro hospital.
Fecha y hora de admisión a la UCI*	Introduzca la fecha y hora en la que el paciente fue admitido a la UCI. Si el paciente es admitido en diferentes oportunidades utilice la fecha más reciente. Si el paciente es transferido desde otra UCI utilice la fecha en que fue admitido a su UCI. Si el paciente es admitido directamente a la UCI desde otro hospital la fecha y hora de admisión al hospital será la misma que la de admisión a la UCI.
Fecha y hora de inicio de Ventilación Mecánica	Introduzca la fecha y hora en que se inicio la ventilación mecánica invasiva. Es decir la fecha y hora en la que el paciente fue intubado y conectado al ventilador o cuando se realizo una traqueostomía o cualquier otro procedimiento donde se administró presión positiva a través de un tubo endotraqueal o traqueostomía. No incluye ventilación no invasiva como BI-PAP o CPAP. Si la ventilación mecánica se inició antes de ser admitido a la UCI seleccione la opción "Comenzada antes de la admisión a la UCI.
Tipo de admisión	<p>Marque un ✓ solamente en una de las siguientes opciones:</p> <p>Medica: Pacientes admitidos sin haber recibido ninguna intervención quirúrgica (incluye pacientes admitidos desde una sala de cardiología o radiología intervencionista y pacientes quemados).</p> <p>Cuirugía electiva: Pacientes admitidos en la UCI provenientes del block quirúrgico o de una sala de recuperación post-operatoria luego de una cirugía de coordinación.</p> <p>Cirurgía de emergencia: Paciente admitido en la UCI provenientes del block quirúrgico o de una sala de recuperación post-operatoria luego de una cirugía de no planeada.</p> <p><i>Nota:</i> Si un paciente quirúrgico ingresa a la UCI a consecuencia de una complicación médica de una cirugía, debe seleccionar la opción "medica".</p>
Diagnostico Primario al ingreso a UCI	<p>Seleccione la opción que más adecuada por la cual el paciente fue admitido a la UCI. Solo una opción puede ser seleccionada. Recuerde que los síntomas no equivale a un diagnostico médico al ingreso (Ej. Distress respiratorio, hipotensión arterial, etc.).</p> <p><u>Ejemplo:</u> Un paciente es operado de una colecistectomía, durante la recuperación post-operatoria el paciente sufre un paro cardiaco y es admitido a la UCI. En este caso la razón por la cual el paciente es admitido a la UCI es "medica" y el diagnostico es "paro cardio-respiratorio".</p> <p><i>Nota:</i> Los siguientes diagnósticos son prioritarios en caso de estar presentes: sepsis, pancreatitis, cirugía bariátrica, ARDS, quemadura. Si uno de estos diagnósticos está presente en el paciente y existen otras condiciones, seleccione alguna de las que se consideran prioritarias.</p> <p><u>Ejemplo:</u> Si un paciente presenta sepsis severa y neumonía seleccione sepsis severa.</p>

Información del paciente 2

Comorbilidades	<p>Marque un <input checked="" type="checkbox"/> junto a las comorbilidades presentes. Solo las comorbilidades presentes en la lista deben ser registradas.</p> <p>Ejemplo: Un paciente es admitido a la UCI luego de padecer un paro cardiaco; el paciente es asmático, tiene diabetes tipo II, es obeso y sordo. En este caso las comorbilidades que debe seleccionar son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulmonar: Asma (Pulmonary: Asthma) - Endocrina: Diabetes tipo II (Endocrine: Diabetes Type I or II) - Endocrina: Obesidad y/o IMC > 30 (Endocrine: Obesity and/or BMI >30) - Otros, Varios: Sordera (Miscellaneous: Hearing Impairment) <p>Nota: la definición de uso de alcohol: abuso o atracción de alcohol está más abajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mujeres: > 7 tragos/semana o > 3 tragos/ocasión o Hombres: > 14 tragos/semana o > 4 tragos/ocasión
Niveles Máximos y Mínimos de Glucemia en las primeras 24 horas	<p>Indique el valor máximo y mínimo de glucemia si los mismos fueron medidos en las primeras 24 horas desde que el paciente fue admitido a la UCI (glucosa medida en suero o glucemia capilar). Indique las unidades usadas para medir los niveles de azúcar (mmol/L o mg/dL). Si se registró sólo una glicemia en las últimas 24 horas, ingrese el mismo valor para la glicemia más alta y más baja.</p> <p>Nota: Una vez que Ud. ha especificado las unidades de los niveles de glucemia en la información del paciente dentro del sistema REDCap, éstas unidades serán asumidas como las mismas para TODAS las determinaciones de glucemia del paciente.</p>
Presencia de ARDS	<p>El SDRA es u síndrome de insuficiencia respiratoria severa caracterizado por un índice $PaO_2:FiO_2 < 200$ mmHg en presencia de infiltrados alveolares bilaterales. No se espera que usted diagnostique el SDRA; solamente debe revisar la historia en las primeras 72 horas desde la admisión a la UCI e indicar si la presencia de SDRA está confirmada según la radiología de tórax o si se sospecha su presencia. Si la historia médica del paciente indica “? ARDS” equivale a “sospecha de ARDS y Ud debería seleccionar “Si”</p>
Elevación de la cabecera de la Cama	<p>Copiar el valor en el Formulario de Evaluación para la elevación de la cabecera a la hora de evaluación o referirse a las instrucciones en el Formulario de Evaluación para cómo medir el valor. Si no fue observado, simplemente indique “no observado” (missing) en el formulario.</p>
Score APACHE II	<p>Introduzca la calificación APACHE II si fue calculada rutinariamente y está presente en la historia clínica del paciente.</p> <p>Para calcular la escala APACHE puede utilizar nuestro sitio web (http://criticalcarenutrition.com/docs/ccn_resources/APACHE_ranges.pdf) y el apéndice de este manual; en caso contrario Ud. puede utilizar el siguiente sitio web: http://www.sfar.org/scores2/apache22.html#haut Introduzca la escala obtenida.</p> <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Introduzca el peor valor en cada campo de datos para calcular la escala APACHE II. Utilice valores obtenidos en las primeras 24 horas de admisión a la UCI, si dichos valores no están disponibles usen los valores obtenidos lo mas cercanamente posible a la admisión del paciente a la UCI excepto para el puntaje “GCS”, donde el valor más alto debe usarse (ej. El puntaje cuando el paciente está más orientado-ver nuestra página en el sitio web) o Asegúrese que las unidades utilizadas para calcular los niveles de sodio, potasio y glóbulos blancos corresponden a las unidades designadas en la herramienta usada para calcular la escala APACHE II. o La temperatura rectal es lo mismo que oral, temporal, timpánica y de vejiga. Si el paciente está en un protocolo de hipotermia (enfriamiento), favor usar la temperatura previa a cuando el enfriamiento comenzó.

Score SOFA Basal

El score SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) es utilizado para determinar la disfunción/falla orgánica en la UCI. Para calcular dicho score, hay diferentes variables que **deben ser determinadas en las primeras 24 horas después del ingreso a la UCI (SOFA basal) y no de acuerdo al día del estudio**. La excepción a esta regla está dada por el gasto urinario (diuresis) el cual debe ser extrapolado para un período de 24 horas. En caso de que el valor de la variable sea perdido para ese día, seleccione 'N/A'.

Peor PaO ₂ /FiO ₂ (relación P/F)	Esta indica el estado de la condición respiratoria del paciente; una relación descendida es indicadora de mal status respiratorio. La PaO ₂ y la FiO ₂ son obtenidos en la gasometría arterial y pueden ser obtenidos en la planilla respiratoria o de enfermería. Ud. necesitará determinar el peor P/F (el valor más bajo) en el día de estudio independiente de si el paciente se encuentra ventilado o no. Algunos pacientes pueden tener varios valores de PaO ₂ y FiO ₂ diariamente; en ese caso deberá elegir la relación más baja (ver Apéndice). Si estos datos no están disponibles las primeras 24 horas de la estadía en UCI, usted puede extender la recolección de datos para la variable por un máximo de 48 horas
Peor Recuento Plaquetario	Este traduce el estado de la coagulación del paciente y el valor más bajo es indicador de la peor situación. El peor recuento de plaquetas se mide en unidades x10 ³ /mm ³ y debe recogerse este valor.
Bilirrubina Total (máximo valor)	Esta es indicadora de función hepática; cuánto mayor es su valor, peor es la función hepática. Seleccione el valor más elevado de Bilirrubina correspondiente a ese día. Asegúrese que Ud está seleccionando las unidades correctas en el valor correcto (mg/dL ó micromoles/L).
Vasopresores	Estas son drogas necesarias para el tratamiento de la hipotensión arterial; cuánto mayores son las dosis requeridas para mantener la presión arterial, peor es la condición hemodinámica del paciente. Algunos pacientes pueden no estar recibiendo vasopresores pero la medición de la presión arterial media (PAM) puede ser necesaria. a) Si el paciente recibe catecolaminas vasopresoras/inotrópicas (Dobutamina, Dopamina, Adrenalina, Noradrenalina) encuentre la mayor dosis horaria recibida en el día de hoy y selecciona el rango correspondiente. b) Si por el contrario, el paciente no recibió vasopresores en el día de hoy, encuentre el valor más bajo de PAM. Si este valor no se encuentra en la planilla de enfermería, Ud. puede calcularlo mediante la fórmula: PAM = 1/3 de la menor PA sistólica + 2/3 de la correspondiente PA diastólica O utilice la herramienta disponible en el sitio web: http://www.mdcalc.com/mean-arterial-pressure-map/
Estado de Conciencia	Elija la opción de cada una de las 3 categorías (apertura ocular, respuesta verbal, mejor respuesta motora) que entregue el mayor valor del score para las primeras 24 horas luego de la admisión a la UCI . Si el paciente se encuentra sedado, regrese al momento en el cual el paciente se encontraba sin sedación o aproxime el score en caso de que la sedación fuera discontinuada. Ingrese los scores bajo las 3 categorías por separado.
Creatinina (máximo valor)	Esta es indicadora de la función renal. A mayor valor de creatinina, peor es la función renal. Seleccione el valor más alto de creatinina durante el día del estudio y asegúrese de utilizar las unidades correctas.
Gasto Urinario Total	Este es un indicador del status renal. Cuánto menor es la diuresis diaria, peor sera el compromiso de la función renal. Defina la diuresis total para las primeras 24 horas de ese paciente en la UCI y asegúrese de utilizar las unidades correctas. Ej: si el paciente es admitido a las 18:00 hrs el 20 de Septiembre , calcule la diuresis total desde las 18:00 del 20 de Septiembre hasta las 18:00 del 21 de Septiembre. NOTA: Si faltan datos de diuresis en las primeras 24 horas, usted puede extrapolar los datos que tenga para entregar una diuresis estimada total de las primeras 24 horas. Ej: si el paciente es admitido a las 18:00 y presenta una diuresis de 400 ml para un período de 6 horas desde 18:00-23:59, la diuresis total puede calcularse 400 ml*4 = 1600 ml para estimar un período de 24 horas.

Evaluación Nutricional Basal 1

Altura	<p>Introduzca la altura del paciente en metros. Use valores estimados si no es posible medir al paciente. Puede estimar la altura del paciente con los valores suministrados por los miembros de la familia del mismo. En este caso indique que el valor ha sido estimado. Vea el Apéndice A o la Tabla de Recursos REDCap para encontrar una herramienta sobre unidades de conversión, en caso de ser necesario.</p>
Peso Seco	<p>Introduzca el peso del paciente basado en el peso actual pre-UCI o una estimación del peso seco en kilogramos. Seleccione si el peso es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actual (ej: peso pre-UCI obtenido de la ficha clínica) • Estimado (ej: peso seco pre-UCI estimado, peso obtenido de miembros familiares) <p>No introduzca el peso utilizado para estimar los requerimientos nutricionales si es diferente a lo indicado más arriba. Vea el Apéndice B o la Tabla de Recursos REDCap para encontrar una herramienta sobre unidades de conversión, en caso de ser necesario.</p>
Peso Usual	<p>Registre el peso usual del paciente en kilogramos. Este puede ser igual o no al peso seco del paciente. Trate de obtener esto de un miembro familiar. Deje este campo en blanco si el dato no está disponible.</p>
IMC	<p>Calcule el IMC del paciente (kg/m^2) utilizando el peso seco. Al ingresar datos a REDCap, este valor será calculado para usted una vez que la talla y el peso seco han sido ingresados.</p>
Una Evaluación Nutricional fue realizada y completada?	<p>La evaluación nutricional es definida como la valoración de la malnutrición (ej: pérdida de peso, riesgo de malnutrición, etc) y de los requerimientos nutricionales (ej: requerimientos calóricos, requerimientos proteicos, etc).</p> <p>Si la respuesta fue SI, ingrese la fecha y la hora de la evaluación, el peso utilizado en el cálculo de la meta de requerimientos energéticos y de proteínas, los métodos utilizados para calcular los requerimientos energéticos e indicar los requerimientos calculados. La evaluación nutricional no requiere haber sido realizada el Día 1 del Estudio y puede ser ingresada cuando esté disponible. Si la evaluación no fue completada durante la estadía del paciente en la UCI, los requerimientos nutricionales meta serán automáticamente calculados como 25 kcal/kg/d y 1 g/kg/d de proteínas (utilizando el peso seco de los individuos con IMC normal, el peso ideal de los individuos con desnutrición y peso corporal ajustado para los individuos obesos). Luego Ud. puede proceder con la pregunta sobre la fecha y hora de inicio de la NE/NP.</p>
Peso utilizado para estimar los requerimientos energéticos meta	<p>Seleccione la opción de la lista que mejor corresponda. Si el método utilizado no está presente en la lista, seleccione "otro" y especifique.</p>
Peso utilizado para estimar los requerimientos proteicos meta	<p>Seleccione la opción de la lista que mejor corresponda. Si el método utilizado no está presente en la lista, seleccione "otro" y especifique.</p>
Calculo de requerimientos meta de energía	<p>Seleccione todas las opciones que apliquen.</p>

<p>Meta de requerimientos energéticos</p>	<p>Introduzca el número total de kilocalorías según la meta de alimentación de acuerdo a las recomendaciones de la nutricionista y/o el médico. Si el paciente es o va a ser alimentado enteral y/o parenteralmente, ingrese las kilocalorías proporcionadas de la tasa máxima/volumen determinado en la evaluación inicial de NE y/o NP de acuerdo a las recomendaciones de la nutricionista o médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya las kilocalorías obtenidas de las proteínas y suplementos proteicos • Si el paciente está recibiendo propofol, ingrese las kilocalorías que el paciente requeriría si no estuviera con propofol. • Si un rango es prescrito indique el punto medio del mismo. Si el soporte nutricional se ha iniciado bajo la tasa meta calculada, no ingrese la tasa de inicio de la nutrición como los requerimientos energéticos meta aún si tiene dudas sobre el riesgo de realimentación. En vez, ingrese las kilocalorías proporcionadas por la tasa final que alcanzaría el requerimiento calórico total del paciente. <p>Ej: para un hombre de 80 kgs (Sr. X), la nutricionista calcula que el paciente requiere 2000 kcal/día (25 kcal/kg) y 80 g proteínas/día (1.0 g/kg). El paciente será alimentado enteralmente, comenzando a 25 ml/hr y avanzando hasta una tasa meta de 70 ml/hr de alimentación continua. La alimentación a 70 ml/hr por 24 horas/día proporcionará 2016 kcal y 91 gramos de proteínas al día. Los requerimientos energéticos meta serán ingresados como 2016 kcal.</p>
<p>Requerimientos de proteínas meta</p>	<p>Introduzca la cantidad (en gramos) de proteínas suministradas según la meta de alimentación de acuerdo a las recomendaciones de la nutricionista y/o el médico. Si el paciente está siendo o será alimentado enteral y/o parenteralmente, ingrese los gramos proporcionados por la tasa máxima/volumen determinado en la evaluación inicial de NE y/o NP de acuerdo a las recomendaciones de la nutricionista o médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un rango es prescrito indique el punto medio del mismo. • Incluya gramos de suplementos proteicos <p>Si el soporte nutricional se inicia bajo la tasa meta calculada, no ingrese la tasa inicial de nutrición como la meta de los requerimientos proteicos aún si tiene dudas sobre el riesgo de realimentación. En cambio, ingrese los gramos de proteínas administrados en la tasa final que alcanzaría el requerimiento proteico total del paciente.</p> <p><i>Ej:</i> En el ejemplo anterior para el Sr.X, la meta final de requerimientos proteicos sería ingresada como 91 g.</p>

Evaluación Nutricional Basal 2

Pérdida de Peso “no intencional” en los últimos 3 meses	El período de pérdida de peso es en los 3 meses anteriores al ingreso a UCI. Si es SI, registre la pérdida de peso en los 3 meses anteriores al ingreso a UCI.
Ingesta de alimentos y apetito en la pasada semana	El tiempo donde se produjo la disminución de la ingesta debido a pérdida de apetito en la semana previa al ingreso a la UCI . Si es SI, registre cuánto menos (porcentaje o fracción) el paciente consumió en la semana previa al ingreso a la UCI comparado con lo usual.
Fecha/Hora de inicio de la NE	Indique la fecha/hora en la que la NE fue iniciada en la UCI; o indique “NE iniciada antes de admisión a UCI” o “NE no iniciada durante los primeros 12 días en UCI”.
Fecha/Hora de inicio de la NP	Indique la fecha/hora en la que la NP fue iniciada en la UCI; o indique “NP iniciada antes de admisión a UCI” o “NP no iniciada durante los primeros 12 días en UCI”.
Razón por la cual la NP fue iniciada	Si la NP fue iniciada en la UCI o antes de la admisión a la misma, seleccione la razón de la lista. Si ninguna de las razones expuestas en la lista aplica, seleccione “otra” e introdúzcala en el formulario.
Técnica de suministro nutricional recomendada por el médico o nutricionista durante evaluación inicial	<p>Seleccione la opción que mejor describa la técnica utilizada para la administración de la nutrición recomendada por médico o nutricionista en la orden inicial de nutrición .</p> <p>Definiciones:</p> <p>Inicio de la NE: comenzar con baja tasa de infusión e incrementar en forma horaria hasta el objetivo Ej: comenzar a 25 ml/h e incrementar a 50 ml/h, luego a 75 ml/h (tasa objetivo horaria)</p> <p>Inicio de la NE: comenzar con O progresar a el volumen de 24 horas basado en un esquema horario. El esquema horario se determina por un volúmen meta para 24 horas. Esto incluye los siguientes escenarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzar a baja velocidad de infusión el día 1 y progresar en las 24 horas. Ej: volumen objetivo: 1800 ml (75 ml/h); la alimentación comienza a 25 ml/h el día 1 y luego progresa hasta el valor objetivo, <u>ó</u> • Comienza con el aporte total (Ej: 1800 ml, 75 ml/h y la alimentación se inicia a esa velocidad de infusión: 75 ml/h). <p>Inicio de la NE: comienzo según un objetivo horario Ej: el paciente requiere 75 ml/h y la la alimentación comienza a 75 ml/h</p> <p>Inicio de la NE: mantener una baja velocidad de infusión Ej: comenzar a 10 ml/h y dejarlo de ese modo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si NE trófica, elegir una de las razones de la lista del por qué se recomendó esto. Si otra, especificar <p>Inicio de la NE: alimentación en Bolos Ej; el paciente requiere 75 ml/h y se comienza con bolos de 450 ml cada 6 horas</p> <p>Seleccionar “nutrición oral” o “NP” o “Nada por Boca” si la indicación inicial recomendó esto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente tiene indicado “Nada por Boca” elija de la lista la razón de esa recomendación. Si otra, especificar.

Datos de la Nutrición Diaria

El primer día de estudio comienza al momento de la admisión a la UCI hasta la media noche de ese mismo día. Es posible que el primer día sea un periodo menor a 24 horas. El segundo día y todos los demás días serán equivalentes a un día calendario (ej: de medianoche a medianoche). Esto significa que el día comenzará a la medianoche y finalizará un minuto antes de la medianoche.

Ejemplo: Un paciente es admitido a la UCI el día 2 de mayo a las 14:28. El primer día de estudio para dicho paciente comenzará el día 2 de mayo a las 14:28 y culminará a las 23:59 del mismo día, es decir el primer día de estudio es un periodo de solo 9 horas y 31 minutos. El segundo día de estudio comenzará el día 3 de Mayo a las 00:00 y culminara a las 23:59 horas del mismo día (3 de Mayo).

Recolecte los datos hasta el día en que el paciente sea dado de alta de la UCI o hasta el día 12. Cuando todos los formularios de nutrición diaria sean completados deberá completar el formulario correspondiente a los Resultados.

Usted debe recolectar los datos sobre la nutrición del paciente consecutivamente desde el momento en que el paciente es admitido a la UCI, aun si el paciente **no está recibiendo soporte nutricional**. Los datos también deben ser recolectados los fines de semana, si usted no trabaja los fines de semana recolecte la información correspondiente a los días de fin de semana cuando regrese a su trabajo.

Nutrición Oral	Cada día del estudio, indique si el paciente recibe o no Nutrición Oral. Los datos de calorías y proteínas de la nutrición oral no deben ser recolectados.
Niveles matinales de glucemia	Obtenga los niveles de glucemia (medida en suero o sangre capilar) lo más cercano posible a las 08:00 horas. Si los niveles séricos o capilares de glucosa son determinados al mismo tiempo o hay 2 determinaciones equidistantes de la hora 08:00, registre el valor más elevado de glucemia. Si no están disponibles estos valores debe indicarlo en el sistema (no disponibles)
Evento Hipoglucémico	Registre niveles de glucemia (hasta 3 episodios por día) menores a 3.5 mmol/L (63 mg/dL). Si se registran más de tres episodios de hipoglucemia al día, registre los tres valores más bajos de glucosa sanguínea.

Datos de la Nutrición Diaria

Propofol*	<p>Indique “Si” (Yes) si la perfusión continua es \geq a 6 horas. Indique “No” si el propofol no ha sido administrado, o si fue administrado en forma intermitente, o si la perfusión continua ha sido $<$ a 6 horas. Si ha indicado que si, especifique la cantidad administrada señalando las unidades aportadas (Kcal or mL).</p> <p><i>Note:</i> Propofol aporta 1.1kcal/mL</p>
Ubicación de la Sonda de Alimentación	<p>Seleccione la ubicación del tubo o sonda de alimentación enteral (se refiere a cualquier sonda oro o naso-gástrica utilizada para aportar una fórmula enteral) o seleccione “sonda no colocada”. Si la sonda enteral está localizada en dos posiciones el mismo día, indique la localización en la cual se encontró durante la mayor parte del día.</p>
Agentes Proquinéticos	<p>Seleccione en la lista si el paciente ha recibido algún agente proquinético. La dosis y la vía de administración no son relevantes para responder esta pregunta. Si Ud. ha prescrito una terapia combinada, seleccione todos los agentes proquinéticos que el paciente ha recibido ese día.</p> <p><u>Un agente proquinético</u> es definido como una droga capaz de mejorar el vaciamiento gástrico y/o la motilidad del tracto gastrointestinal al aumentar la frecuencia y/ó la fuerza de las contracciones del tracto gastrointestinal.</p> <p>Estos no incluyen sustancias capaces de modificar la consistencia de la materia fecal o laxantes como la lactulosa.</p>

Datos de Nutrición Enteral Diaria 1

Si el paciente está recibiendo una combinación de NE y NP, indique aquí la cantidad de proteínas y calorías dadas por la NE (No incluya las proteínas/calorías que el paciente recibe a través de la NP en la página correspondiente a la NE.

Nota: Indique por separado la cantidad de calorías/proteínas obtenidas a través de fórmulas, suplementos proteicos, así como cualquier otro suplemento.

Nutrición Enteral recibida?	Para cada día del estudio, indique si el paciente recibe o no NE.
Fórmula (s) enterales	<p>Utilice la taxonomía (ver apéndice C) para indicar la fórmula enteral recibida por el paciente. Puede especificar hasta 3 fórmulas por día. Si el paciente recibe más de 3 fórmulas al día seleccione las 3 fórmulas que proveen el mayor volumen, pero recolecte la cantidad total de proteínas y calorías recibidas por la NE. Si durante los primeros 12 días en la UCI, Ud prescribe una fórmula que no se encuentra en la taxonomía de las fórmulas enterales, asegúrese de especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compañía y nombre del producto. • Si el producto es polimérico. • Si el producto contiene suplemento de glutamina (> 10 g/L) sumada a la glutamina existente naturalmente en el producto. • Si el producto contiene suplemento de arginina (> 4-5 g/d) sumada a la arginina existente naturalmente en el producto. • Si el producto contiene aceite de pescado. <p>Note que si Ud. no es capaz de calcular las calorías y proteínas provistas por la fórmula, esto no sería considerado NE.</p>
Kilocalorías recibidas en la NE*	<p>El número total de calorías (Kcal) aportadas por la nutrición enteral deberá ser calculado por los nutricionistas de la siguiente manera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya calorías obtenidas de las proteínas • NO incluya calorías aportadas por otros suplementos • NO incluya calorías aportadas por el propofol o por las soluciones intravenosas • Calorías aportadas por el propofol deben ser registradas en el Formulario de Recolección de Datos. • Incluir las calorías aportadas por todas las fórmulas enterales, aun si el paciente recibe nutrición con más de 3 fórmulas enterales en el día.
Proteínas recibidas en la NE*	<p>La cantidad de proteínas recibidas en la nutrición enteral debe ser calculada por la dietista de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO incluya las proteínas aportadas por suplementos adicionales • NO incluya las proteínas aportadas por los suplementos de glutamina • Incluir las proteínas aportadas por todas las fórmulas enterales, aun si el paciente recibe nutrición con más de 3 fórmulas enterales en el día
Proteína suplementaria	Indique si un suplemento modular de proteína ha sido suministrado al paciente. Si la respuesta es SI, utilice la taxonomía (ver apéndice C) para indicar qué tipo de suplemento que fue suministrado. En el caso de haber sido suministrado más de un suplemento

	<p>seleccione el que aquel que aportó la mayor cantidad de proteínas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No registre los suplementos de glutamina aquí. Debe referirse a la Nutrición Diaria: formulario de suplementos. <p><u>Un suplemento modular de proteína se define como:</u> una fuente de proteína concentrada. No incluye fórmulas de enterales con alto contenido proteico. Dichas fórmulas (que también contienen lípidos, carbohidratos y micronutrientes) deben ser especificadas en la sección correspondiente a fórmulas enterales (NE).</p>
Kilocalorías recibidas en los suplementos proteicos*	<p>Si el paciente recibió un módulo proteico, indique el total de calorías (Kcal) recibidas por dicho módulo (ej: incluir las calorías aportadas por las proteínas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya las calorías recibidas por las todos los suplementos proteicos modulares
Proteína recibidas en los suplementos proteicos*	<p>Si el paciente recibió suplementos proteicos modulares indique la cantidad de proteínas (g) recibidas a través del módulo proteico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir las proteínas aportadas por todos los módulos proteicos • NO incluye la proteína aportada por suplementos de glutamina
Otros suplementos modulares No Proteicos	<p>Indique si el paciente recibió un suplemento modular no proteico. De ser así utilice la taxonomía provista para indicar los suplementos administrados (ver apéndice C). Si más de dos suplementos fueron administrados, seleccione los dos suplementos que aportaron la mayor cantidad de volumen.</p> <p><u>Suplemento modular no proteico:</u> macronutriente que es administrado junto a la fórmula enteral. Estos incluyen: polímeros glucosa y emulsiones lipídicas. Normalmente los suplementos modulares no son una fuente de micronutrientes.</p>
Kilocalorías obtenidas de lotros suplementos No Proteicos	<p>Si el paciente recibió un suplemento modular no proteico, indique la cantidad de calorías (Kcal) recibidas por dicho suplemento modular no proteico.</p>

Datos de Nutrición Enteral Diaria 2

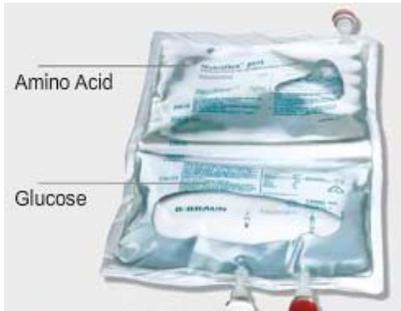
<p>Interrupciones en la Nutrición Enteral</p>	<p>Seleccione sí o no para indicar si la nutrición enteral fue interrumpida este día. Si ese es el caso indique el tiempo total de la interrupción (HH:MM).</p> <p><u>Una interrupción de la NE se define como:</u> NE detenida en cualquier momento luego de ser iniciada con la intención de comenzarla nuevamente. No incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Breve o corta (menos de una hora) para realizar algún procedimiento. • Para la nutrición cíclica o en bolos, tiempo en que no se intentó alimentar al paciente de acuerdo con el esquema de alimentación prescrito. • Reducción en la velocidad de la alimentación • Detener la NE permanentemente y transición a la nutrición oral. <p>Seleccione “sí” en esta pregunta si el paciente recibió NE en algún momento durante el día pero fue detenida por alguna razón. Si el paciente no recibió NE en este día no debe completar este formulario y debe indicar que el paciente no recibió NE en la sección de “tipo de nutrición recibida” en el formulario de nutrición diaria.</p> <p><u>Ejemplo 1:</u> NE iniciada a las 08:30 el primer día de estudio. La NE fue detenida a las 14:30 y reiniciada a las 18:30. El tiempo desde las 00:00 a las 8:30 no cuenta como una interrupción. La interrupción en este caso fue de 4 horas, desde las 14:30 hasta las 18:30.</p> <p><u>Ejemplo 2:</u> La NE fue iniciada a las 08:30 el primer día del estudio y fue detenida el mismo día las 14:30. La NE no fue iniciada nuevamente hasta el tercer día del estudio a las 04:30 y no fue detenida nuevamente. En estas circunstancias la NE fue interrumpida el primer día por 9 horas y 30 minutos (8:30 hasta 18:30). En el segundo día no hubo interrupción porque la NE no fue dada por lo tanto el formulario diario de nutrición enteral no debe ser completado. En el tercer día de estudio tampoco hubo interrupción, el periodo desde la media noche hasta las 04:30 no cuenta como interrupción de NE.</p> <p>Si la NE fue interrumpida indique las razones por las cuales fue interrumpida utilizando la lista provista.</p>
---	---

Formulario de Nutrición Parenteral Diaria

Si el paciente está recibiendo NE y PN introduzca las calorías/proteínas suministradas por la NP en este formulario. Introduzca las calorías/proteínas suministradas por la NE en el formulario de diario de NE.

La nutrición parenteral es definida como: la provisión de carbohidratos mas proteínas y/o lípidos con o sin micronutrientes, electrolitos y otros aditivos administrados por vía intravenosa. La infusión de dextrosa por sí sola no califica como nutrición parenteral.

Ejemplo: Si un paciente recibe dextrosa en ausencia de aminoácidos indique “no” a la pregunta “paciente ha recibido nutrición parenteral” y no complete este formulario.

Recibió Nutrición Parenteral?	Cada día del estudio, indicar si el paciente recibe o no Nutrición Parenteral
<p>Para los tipos de Nutrición Parenteral ver las figuras de abajo a modo de ejemplos</p> <p>Bolsas multicámaras: los macronutrientes están en compartimentos separados dentro de una misma bolsa. Incluye:</p> <p>2 en 1: formulación de dextrosa y aminoácidos, con o sin lípidos colgados por separado como una infusión en paralelo, ó</p> <p>3 en 1: formulación de dextrosa, aminoácidos y lípidos</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div data-bbox="180 1052 581 1419"><p style="text-align: center;">2 en 1</p><p>Amino Acid</p><p>Glucose</p></div><div data-bbox="894 1052 1218 1423"><p style="text-align: center;">3 en 1</p><p>Lipid</p><p>Glucose</p><p>Amino Acid</p></div></div> <p>Las mezclas o los sistemas de botellas únicas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mezclas combinadas (compuestas) o preparadas manualmente de dextrosa, aminoácidos y/o lípidos mezcladas en una bolsa única con o sin lípidos colgados en forma separada Ó• Sistema de botellas únicas : cada macronutriente es colgado en paralelo. Puede incluir alguna de las siguientes configuraciones:<ul style="list-style-type: none">○ Dextrosa + Aminoácidos○ Dextrosa + Lípidos○ Dextrosa + Aminoácidos + Lípidos	

Dextrosa + Aminoácidos



Lípidos



Consulte la taxonomía (ver apéndice D) para registrar la fórmula administrada. Especifique solución “multicompartimental” (y una emulsión adicional de lípidos, si corresponde) **o** indique “Sistema de una sola botella” para seleccionar un aminoácido, un carbohidrato y una fórmula de lípidos (si corresponde).

Nota: si Ud. selecciona “otra” como la solución de NP administrada en las categorías lípidos o bolsas multicompartimentales asegúrese de especificar el tipo de lípido fue administrado en dicha solución.

Soluciones personalizadas de PN: Si es posible seleccione “Mezcla o Sistema de una sola botella” e indique los componentes de lípidos, carbohidratos y proteínas que contiene la fórmula. Si esto no es posible seleccione “otra” y asegúrese de indicar el tipo de lípido que fue administrado.

<p>Kilocalorías en la alimentación parenteral*</p>	<p>El total de calorías (Kcal) debe ser calculada por los nutricionistas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya calorías administradas por las proteínas de la NP • Incluya calorías recibidas en otros suplementos parenterales • NO incluya las calorías aportadas por la fórmula enteral o los suplementos modulares • NO incluya las calorías aportadas por el propofol dado que éste debe ser registrado en forma separada en el Formulario de Nutrición Diaria. • NO incluya las calorías aportadas por otras soluciones IV
<p>Proteínas en la alimentación parenteral*</p>	<p>El aporte total de proteína debe ser calculado por los nutricionistas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya las proteínas en los suplementos parenterales, (si corresponde). • NO incluya calorías presentes en la fórmula enteral o en los suplementos modulares. • NO incluya la proteína aportada por los suplementos de glutamina.
<p>Aminoácidos IV</p>	<p>Si el paciente recibe aminoácidos IV en ausencia de Dextrosa, indique la solución aportada así como la cantidad de calorías y proteínas recibidas con esta solución.</p>
<p>Lípidos IV</p>	<p>Si el paciente recibe lípidos IV en ausencia de Dextrosa, indique la emulsión aportada así como la cantidad de calorías recibidas con esta producto.</p>

Nutrición Diaria: Nutrientes Suplementarios

Indique para cada día si el paciente recibe alguno de los siguientes nutrientes. En caso de no estar en la lista, nosotros no estamos recolectando datos sobre su uso.

Vitamina C intravenosa	Esto se refiere a la vitamin C administrada como suplemento y a una dosis superior a la dosis estándar presente en la formula enteral o parenteral. Indique en cuál de los días el paciente recibió vitamin C, señalando para cada día la dosis de vitamina C en miligramos. Asegurarse de que el valor es registrado en la ruta apropiada (I.V vs. Enteral/Oral).
Suplemento de vitamina C oral o enteral	
Zinc intravenoso	Esto se refiere al zinc administrado como suplemento y a una dosis superior a la dosis estándar habitualmente presente en la formula parenteral. Indique los días en los que el paciente recibió zinc, señalando para cada día la dosis en miligramos. Asegurarse de que se registra el valor en la ruta apropiada (IV vs. Enteral/Oral).
Suplemento de Zinc oral o enteral	
Suplemento de glutamina intravenosa	Esto se refiere a la glutamina administrada como suplemento y a una dosis superior a la dosis estándar habitualmente presente en la formula enteral o parenteral. . Indique los días en los que el paciente recibió glutamina, señalando para cada día la dosis en gramos. Asegurarse de que se registra el valor en la ruta apropiada (IV vs. Enteral/Oral).
Suplemento de glutamina oral o enteral	
Suplemento de Selenio intravenoso	Esto se refiere al selenio administrado como suplemento a una dosis superior a la que está presente en la formula enteral estándar, solución parenteral o en el splemento mineral multivitamínico. Indicar si corresponde, la dosis de selenio en microgramos en los días en que fue administrado. Asegurarse de que se registra el valor en la ruta apropiada (IV vs. Enteral/Oral).
Suplemento de Selenio oral o enteral	
Suplemento de probióticos	<p>Esto se refiere a los probióticos administrados como suplemento. Indicar cuándo el paciente recibió (en caso de haber recibido). Debe señalar los días de administración. Usted no necesita indicar tipo y dosis.</p> <p><u>Probióticos son definidos como una formulación comercial de microorganismos viables administrados en suficiente número lo cual modifica la microflora intestinal (por implantación o colonización) mediante lo cual ejercen efectos beneficiosos para la salud del paciente.</u></p>

cleanInformación de Resultados

Este formulario debe ser completado cuando el paciente sea dado de alta del hospital o una vez que el paciente fallece, o luego de 60 días luego de que el paciente es admitido en el hospital. Debe optarse por el evento que ocurra en primer lugar,

Nota: El fallecimiento del paciente o la alta médica (del hospital) maraca el final del periodo de recolección de datos. No necesita seguir recolectando información después de 60 días de la admisión del paciente o si el paciente es dado de alta del hospital o transferido a otra institución.

<p>Falleció el paciente en la UCI?*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indique “si” o “no”. • Siga las flechas para completar el formulario. • Las fechas deben ser reportadas en el formato AAAA-MM-DD y la hora debe ser reportada en el siguiente formato: HH:MM usando las 24 horas del reloj. • Proceda a la pregunta 2 indicando que la próxima pregunta a ser respondida es si el paciente falleció en el hospital? <p>Nota: El paciente todavía está vivo en la UCI al día 60? El paciente aun permanecen en su UCI al día 60? Una vez que el paciente es dado de alta de la UCI y no es readmitido en su UCI dentro de las primeras 48 horas, usted puede proceder a responder las preguntas. No es necesario esperar hasta el día 60.</p> <p>Definición de discontinuación de la ventilación mecánica: si el paciente es extubado por más de 48 horas, esta debe ser la fecha considerada como fecha de discontinuación, independientemente de que psoteriormente haya sido reintubado.</p> <p>Si el paciente fue reintubado dentro de las primeras 48 horas, nosotros debemos considerar como el mismo episodio de ventilación mecánica, lo cual significa que la fecha y el tiempo de discontinuación de la ventilación mecánica debe ser registrado una vez que el paciente es extubado por al menos 48 horas.</p>
<p>Falleció el paciente en el hospital?*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indique “si” o “no”. • Siga las flechas para completar el formulario. • Las fechas deben ser reportadas en el formato AAAA-MM-DD y la hora debe ser reportada en el siguiente formato: HH:MM usando las 24 horas del reloj. • “Finalización del Formulario” indica que usted ha completado el formulario. No debe responder ninguna otra pregunta en el formulario.

Finalización de la recolección de datos

Una vez completado el proceso de recolección de datos de todos sus pacientes, deberá indicar que ha finalizado la recolección de datos en su UCI respondiendo las siguientes preguntas y completando el Formulario de Finalización del sitio en REDCap:

Número total de pacientes evaluados:	
Pacientes evaluados y número total de pacientes > 18 años (o > 16 años, si corresponde)?:	
Número total de los pacientes evaluados y > 18 años (o > 16 años si corresponde) que estuvieron conectados al ventilador durante las primeras 48 horas de admisión:	
Número total de pacientes evaluados y > 18 años (o > 16 años si corresponde) e intubados en las primeras 48 horas cuya estadía en la UCI fue mayor o igual a 72 horas:	
Número total de pacientes elegibles (> 18 años, o > 16 años, si corresponde) e intubados dentro de las primeras 48 horas y con estancia en UCI por 72 horas o más), número incluido en la encuesta:	

Simply sum the columns of your patient register to obtain these numbers.

Todos los pacientes de mi UCI para el INS 2014 han sido finalizados, siendo de acuerdo con mi conocimiento toda la información introducida correcta.	<input type="checkbox"/> Yes
--	------------------------------

Nota: Este formulario solo puede ser accedido desde REDCap al visitar el link bajo el título de “Resources” en el menú del lado izquierdo de la pantalla.