

PACIENTE		ID ESTUDIO	
----------	--	------------	--

<b>DÍA 0 ( _ / _ / ____ )</b>		
<b>¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si <b>SI</b> indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
<b>DÍA 1 ( _ / _ / ____ )</b>		
<b>¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si <b>SI</b> indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
<b>DÍA 2 ( _ / _ / ____ )</b>		
<b>¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si <b>SI</b> indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
<b>DÍA 7 ( _ / _ / ____ )</b>		
<b>¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si <b>SI</b> indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
<b>DÍA 30 ( _ / _ / ____ )</b>		
<b>¿Ha presentado infección de herida quirúrgica?</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si <b>SI</b> indicar:		
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Profunda	Órgano o lugar quirúrgico
<b>Escala ASEPSIS (en caso de infección de herida quirúrgica, indicar el mayor grado)</b>		
Proporción de herida afectada (%)		

PACIENTE		ID ESTUDIO	
----------	--	------------	--

	0	≤20	20-39	40-59	60-79	≥80
Exudado						
Eritema						
Exudado purulento						
Separación de tejido profundo						
Puntos adicionales						
<input type="checkbox"/> Necesidad de antibiótico					10	
<input type="checkbox"/> Drenaje de pus con anestesia local					5	
<input type="checkbox"/> Drenaje de pus con anestesia general					10	
<input type="checkbox"/> Cultivo positivo					10	
<input type="checkbox"/> Duración > 14 días					5	
PUNTUACIÓN TOTAL						
<b>Otras complicaciones</b>						
<b>DÍA 0 ( _ / _ / ____ )</b>						
<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 0 post-cirugía?</b>						
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Si <b>SI</b> indicar cual:						
<input type="checkbox"/> Shock séptico			<input type="checkbox"/> Fallo cardiaco			
<input type="checkbox"/> Infección urinaria			<input type="checkbox"/> Arritmias			
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica			<input type="checkbox"/> Fallo renal			
<input type="checkbox"/> Delirio			<input type="checkbox"/> Ileo Paralítico			
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos			<input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)			
<input type="checkbox"/> Atelectasia			<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve			
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave			<input type="checkbox"/> ARDS			
<input type="checkbox"/> Neumonía			<input type="checkbox"/> Derrame pleural			
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico			<input type="checkbox"/> Fracaso de destete			
<b>DÍA 1 ( _ / _ / ____ )</b>						

PACIENTE		ID ESTUDIO	
----------	--	------------	--

<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 1 post-cirugía?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si <b>SI</b> indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> Fracaso de destete
<b>DÍA 2 ( _ / _ / ____ )</b>	
<b>¿Ha tenido alguna complicación en el día 2 post-cirugía?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si <b>SI</b> indicar cual:	
<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> Fracaso de destete
<b>DÍA 7 ( _ / _ / ____ )</b>	
<b>¿Ha tenido alguna complicación en los días 3 a 7 post-cirugía?</b>	

PACIENTE		ID ESTUDIO	
----------	--	------------	--

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---

Si **SI** indicar cual:

<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> Fracaso de destete

**DÍA 30 ( \_ / \_ / \_\_\_\_ )**

**¿Ha tenido alguna complicación los días 8 al 30 post-cirugía?**

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---

Si **SI** indicar cual:

<input type="checkbox"/> Shock séptico	<input type="checkbox"/> Fallo cardiaco
<input type="checkbox"/> Infección urinaria	<input type="checkbox"/> Arritmias
<input type="checkbox"/> Isquemia miocárdica	<input type="checkbox"/> Fallo renal
<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Ileo Paralítico
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Glucemia (mg/dL)
<input type="checkbox"/> Atelectasia	<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo leve
<input type="checkbox"/> Fracaso respiratorio agudo grave	<input type="checkbox"/> ARDS
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Derrame pleural
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar cardiogénico	<input type="checkbox"/> Fracaso de destete