

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Código de paciente: _____ - ____

Hospital			
Camas	<input type="checkbox"/> <200 <input type="checkbox"/> 501-1000	<input type="checkbox"/> 200-500 <input type="checkbox"/> >1000	
Ciudad		Sexo	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Comunidad Autónoma		Edad (años)	
Fecha ingreso	__/__/____	Fecha alta	__/__/____
Exitus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Fecha exitus	__/__/____
Causa exitus	<input type="checkbox"/> Médica Causa: _____ <input type="checkbox"/> Quirúrgica Causa: _____		

Sospecha clínica (síntomas compatibles COVID-19):

- preoperatorios: Si/NO
- postoperatorios: Si/NO

Pruebas diagnosticas para COVID-19	Realizada?	Resultado?
PREOPERATORIO		
PCR __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Test rápido sangre capilar __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Test serológico en sangre __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
TAC torácico __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Eco torácica/POCUS __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Radiografía de tórax __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
POSTOPERATORIO		
PCR __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Test rápido sangre capilar __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Test serológico en sangre __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
TAC torácico __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Eco torácica/POCUS __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA
Radiografía de tórax __/__/____	SI/NO	POSITIVO NEGATIVO NO APLICA

Otras PCR realizadas en ingreso Fecha:	Resultado (POSITIVO/NEGATIVO)
1- __/__/____	
2- __/__/____	

Estudio nacional “AEC COVID-19” sobre pacientes sometidos a intervención quirúrgica durante la pandemia de SARS-CoV-2



Código de paciente: _____ - ____

Comorbilidades del paciente			
HTA		EPOC	Diálisis
Diabetes		Tabaquismo	Anticoagulación
Cardiopatía isquémica o funcional		Neoplasia previa/concomitante	Institución/residencia
Dislipemia		Inmunodepresión	Portador prótesis
Arteriopatía periférica		Patología digestiva crónica	Transplante
Insuficiencia renal		Obesidad BMI 30-35	Demencia
Hepatopatía		Obesidad BMI 36-40	ITU/cólicos renales
Desnutrición		Obesidad BMI >40	Enfermedad inflamatoria intestinal
Factores extrínsecos (últimos 6 meses)			
Antibiótico previo		Broncoscopia	Drenajes/intervencionismo
Hospital de día		Endoscopia/CPRE	Estancia UVI/REA
Ingreso hospitalario (>24h)		Intubación/ventilación mecánica	Intervención quirúrgica
Vía central/ port-a-cath		Catéter periférico	Sondaje urinario
Quimioterapia		Radioterapia	

Datos cirugía	
Fecha	__/__/____
Duración	____ (minutos)
ASA	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Diagnostico:	
Procedimiento:	
Cirugía realizada:	<input type="checkbox"/> programada oncológico <input type="checkbox"/> urgente <input type="checkbox"/> programada benigno
Puntuación ACS adaptada (si cirugía electiva)	
Abordaje:	<input type="checkbox"/> abierto <input type="checkbox"/> reconvertido/combinado <input type="checkbox"/> laparoscópico
Drenajes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Estomas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Complicaciones intraoperatorias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Uso de EPI por parte de equipo quirúrgico	<input type="checkbox"/> SI (completo) <input type="checkbox"/> SI (parcial) <input type="checkbox"/> NO
Complicaciones del personal quirúrgico relacionadas con EPI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

COMPLICACIONES postoperatorias			
Infeción herida superf/prof		Hematoma/seroma	Ileo paralítico
Infeción órgano-espacio		Hemorragia	Trombosis/TEP
Obstrucción postquirúrgica		Infeción urinaria	Otra complic. Respiratoria
Dehiscencia de sutura		Infeción respiratoria (neumonía)	Complic. Cardiovascular
Evisceración		Infec. catéter/bacteriemia	Complic. Renal
Fistula intestinal		Sepsis/shock séptico	Complic. Neurológica
CLASIFICACIÓN CLAVIEN-DINDO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III-A <input type="checkbox"/> III-B <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			

Estudio nacional “AEC COVID-19” sobre pacientes sometidos a intervención quirúrgica durante la pandemia de SARS-CoV-2



Código de paciente: _____ - ____

Complicaciones específicas secundarias a estado de COVID-19 +	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ingreso en UVI/REA postoperatorio (causa quirúrgica)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha: __/__/____ Duración:.....días
Ingreso en UVI/REA postoperatorio secundario a COVID-19+	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha: __/__/____ Duración:.....días
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre: Duración:.....días
TRATAMIENTO ANTIVIRICO (especifico para COVID-19+)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre: Duración:.....días
SITUACIÓN DE PACIENTE AL 7º DÍA POSTOPERATORIO	<input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> EXITUS (FECHA __/__/____)
SITUACIÓN DEL PACIENTE AL 30º DÍA POSTOPERATORIO	<input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> EXITUS (FECHA __/__/____)
Sospecha/ confirmación de transmisión COVID-19: ¿a algún miembro del equipo quirúrgico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (cirujano adjunto/ cirujano residente/anestesia/enfermería/circulantes/otros) <input type="checkbox"/> Intraoperatorio <input type="checkbox"/> postoperatorio
¿a algún otro paciente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fase alerta en la que se encuentra el hospital en el momento de la cirugía (ver clasificación en documento adjunto)	Marcar X (solo 1 opción)
Fase I – casi normal	
Fase II – alerta leve	
Fase III – alerta media	
Fase IV – alerta alta	
Fase V - emergencia	

NOTAS: