Registro Latinoamericano y del Caribe para Neurotrauma Craneal (LATINO-TBI)

Datos de la UCI ingreso

Número de identificación en el proyecto: _____

Tener en cuenta que en esta sección se registrarán datos de pacientes que cumplan con criterios de UCI, incluyendo aquellos pacientes que tienen manejo de UCI pero se encuentran en unidades de cuidados intermedios u otros sitios de internación.

El paciente ingreso a UCI : ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

Diagnósticos de ingreso a UCI :

☐ S00 Traumatismo superficial de la cabeza
☐ S01 Herida de la cabeza
☐ S02 Fractura de huesos del craneo y de la cara
☐ S020 Fractura de bóveda de cráneo
☐ S02.1 Fractura de base de cráneo
☐ S03 Luxacion, esguince y tercedura de articulaciones y de ligamentos de la cabeza
☐ S06.0 Conmoción
☐ S06.1 Edema cerebral traumático
☐ S06.2 Lesión cerebral difusa traumática
☐ S06.3 Lesión cerebral focal traumática
☐ S06.4 Hemorragia epidural
☐ S06.5 Hemorragia subdural traumática
☐ S06.6 Hemorragia subaracnoidea traumática
☐ S04 Traumatismo de nervios craneales
☐ S05 Traumatismo del ojo y de la orbita
☐ S05.4 Herida penetrante de órbita con o sin cuerpo extraño
☐ S06 Traumatismo intracraneal
☐ S07 Traumatismo por aplastamiento de la cabeza
☐ S08 Amputacion traumatica de parte de la cabeza
☐ S09 Otros traumatismos y los no especificados de la cabeza

Momento de ingreso a UCI: ◯ Conocido ◯ Desconocido

Fecha y hora de ingreso a UCI: _____

Escala de Glasgow al ingreso al servicio:

◯ Desconocido
◯ Sin dato
◯ No medible
◯ 3
◯ 4
◯ 5
◯ 6
◯ 7
◯ 8
◯ 9
◯ 10
◯ 11
◯ 12
◯ 13
◯ 14
◯ 15

Respuesta Ocular:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta Verbal:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta motora:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Ingreso GCS Calculado:

_____

Puntaje máximo del Glasgow del día:
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato
- ◯ No medible
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 10
- ◯ 11
- ◯ 12
- ◯ 13
- ◯ 14
- ◯ 15

Respuesta Max Ocular:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta Max Verbal:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta Max Motora:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Puntaje máximo del Glasgow del día, calcular:

_____

Puntaje mínimo del Glasgow del día:
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato
- ◯ No medible
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 10
- ◯ 11
- ◯ 12
- ◯ 13
- ◯ 14
- ◯ 15

Respuesta Min Ocular:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta Min Verbal:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Respuesta Min Motora:
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato

Puntaje mínimo del Glasgow del día, calculado:

_____

¿Alguna presión arterial sistólica menor a 90 mmHg durante el día? ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

Presión arterial sistólica máxima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la presión arterial sistólica máxima del día:	_____
Presión arterial sistólica mínima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la presión arterial sistólica mínima del día:	_____
Frecuencia cardiaca máxima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la frecuencia cardíaca máxima del día:	_____
Frecuencia cardíaca mínima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la frecuencia cardíaca mínima del día:	_____
Frecuencia respiratoria máxima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la frecuencia respiratoria máxima del día:	_____
Frecuencia respiratoria mínima del día :	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la frecuencia respiratoria mínima del día:	_____
Saturación de oxígeno máxima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de saturación de oxígeno máxima del día:	_____
Saturación de oxígeno mínima del día:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor de la saturación de oxígeno mínima del día:	_____
Reactividad diaria de pupila derecha:	◯ Reactiva ◯ Arreactiva ◯ Desconocido
Tamaño diario de diámetro de pupila derecha:	◯ Conocido ◯ Desconocido
Valor del tamaño diario del diámetro pupilar derecho:	_____
Reactividad diaria de pupila izquierda:	◯ Reactiva ◯ Arreactiva ◯ Desconocido

Tamaño diario de diámetro de pupila izquierda: ◯ Conocido ◯ Desconocido

Valor de tamaño del diámetro pupilar izquierdo: _____

Proveedor de cuidado en UCI/hospital:

☐ Intensivista
☐ Emergenciologo
☐ Cirujano
☐ Medico internista
☐ Medico residente
☐ Medico general
☐ Medico interno
☐ Enfermera(o)
☐ Neurocirujano
☐ Otros
☐ Desconocido

Paro cardíaco en UCI: ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

Líquidos específicos que recibió en UCI:

☐ Lactato de Ringer
☐ Solución Salina 0.9%
☐ Solución Salina al 3%
☐ Solución Salina al 7.5%
☐ Suero glucosado al 5%
☐ Suero glucosado al 10%
☐ Hemoderivados
☐ Manitol
☐ Albumina
☐ Almidones
☐ Desconocido

Indique la cantidad de líquidos totales por día administrados en UCI:

◯ 1000 cc o menos
◯ 1000 a 2000 cc
◯ 2000 a 3000 cc
◯ Mayor a 3000 cc
◯ Desconocido

Transfusión en la UCI hoy: ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

Glóbulos rojos: ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

¿Cantidad de unidades transfundidas por día?

- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato
- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 10
- ◯ 11
- ◯ 12
- ◯ 13
- ◯ 14
- ◯ 15

Plasma fresco congelado: ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

¿Cantidad de unidades transfundidas por día?

- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato
- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 10
- ◯ 11
- ◯ 12
- ◯ 13
- ◯ 14
- ◯ 15

Plaquetas: ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

¿Cantidad de unidades transfundidas por día?

- ◯ Desconocido
- ◯ Sin dato
- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 10
- ◯ 11
- ◯ 12
- ◯ 13
- ◯ 14
- ◯ 15

Gases arteriales en la UCI:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido
pH de sangre arterial:	_____
Presión parcial de oxigeno (PaO2):	_____
Presión parcial de dióxido de carbono (PaCO2):	_____
Bicarbonato (HCO3):	_____
Base exceso:	_____
¿Se tomo Lactato sérico en UCI?	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido
Lactato serico:	_____
Ventilación mecánica en UCI:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Modo de ventilación:	◯ AC v (Asistido controlado por volumen) ◯ AC p (Asistido controlado por presión) ◯ SIMV (Ventilación intermitente mandatoria sincronizada) ◯ CPAP (Presión positiva continua) ◯ PSV (Ventilación de presión soporte) ◯ Otro ◯ Desconocido
Perfil diario de coagulación:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Recuento de plaquetas:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Valor de plaquetas:	_____
Algún conteo plaquetario menor a 50.000/l durante el día:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Valor del PT:	_____
Valor del PTT:	_____
¿El INR es mayor a 1.5?	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato

Protocolo de ácido tranexamico:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
¿Paciente presento Convulsiones?	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Tipo de convulsión:	◯ Simple ◯ Compleja ◯ Generalizada ◯ Parcial ◯ Otra ◯ Desconocida
¿Cuál?	_____
Tiempo de duración de la convulsión en minutos:	_____
Profilaxis anticonvulsivante:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Medicamento anticonvulsivante:	
¿Fiebre mayor a 38.5 grados?	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
¿De cuanto es la fiebre?	_____
Duración de la fiebre en minutos:	_____
Realizaron estudios imagenológicos durante el primer día en UCI:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
TAC de cráneo en UCI:	◯ Normal ◯ Anormal ◯ Desconocido ◯ No realizado
Desea adjuntar una imagen o video de la TAC:	◯ Si ◯ No

Cantidad de imágenes o videos a adjuntar del TAC:

◯ 0 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3
◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7
◯ 8 ◯ 9 ◯ 10 ◯ 11
◯ 12 ◯ 13 ◯ 14 ◯ 15

1. Imagen o video:

2. Imagen o video:

3. Imagen o video:

4. Imagen o video:

5. Imagen o video:

6. Imagen o video:

7. Imagen o video:

8. Imagen o video:

9. Imagen o video:

10. Imagen o video:

11. Imagen o video:

12. Imagen o video:

13. Imagen:

14. Imagen o video:

15. Imagen o video:

¿TAC de cráneo evidencia sangrado? ◯ Si ◯ No ◯ Desconocido

Anormalidad hemorrágica en la TAC de cráneo:

☐ Hematoma Epidural menor a 30 cc
☐ Hematoma Epidural mayor a 30 cc
☐ Hematoma Subdural menor a 1 cm
☐ Hematoma Subdural mayor a 1 cm
☐ Hemorragia Intracerebral menor a 25 cc
☐ Hemorragia Intracerebral mayor a 25 cc
☐ Hemorragia Subaracnoidea perimesencefalica
☐ Desconocido

¿Desplazamiento de linea media en la TAC de cráneo? :

◯ Si mayor a 5 mm ◯ No
◯ Desconocido

Compresión de Cisternas Basales:
◯ Grado I
◯ Grado II
◯ Grado III
◯ No
◯ Desconocido

Fracturas evidenciadas en la TAC de cráneo:
◯ Presentes ◯ Ausentes
◯ Desconocido

TAC de columna cervical:
◯ Normal ◯ Anormal
◯ Desconocido

Radiografía Columna Cervical :
◯ Normal ◯ Anormal
◯ Desconocido ◯ No realizado

Describa sus hallazgos:

Radiografía de tórax:
◯ Normal ◯ Anormal
◯ Desconocido ◯ No realizado

Describa sus hallazgos:

Radiografía de pelvis:
◯ Normal ◯ Anormal
◯ Desconocido ◯ No realizado

Describa sus hallazgos:

Otras Imágenes Diagnósticas y hallazgos:

¿Se realizó FAST?
◯ Si ◯ No

Resultado de FAST:
◯ Normal ◯ Anormal

¿Sedación en UCI?
◯ Si ◯ No ◯ Desconocido
◯ Sin dato

Medicamentos sedantes usados:

Forma de uso de sedantes en UCI:	◯ Bolo ◯ Infusión ◯ Desconocido
Uso de vasopresor en UCI:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido
Medicamento vasopresor usado:	
Modo de uso medicamento vasopresor en UCI:	◯ Bolo ◯ Infusión ◯ Desconocido
Neuromonitoreo:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Monitoria de PIC:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Alguna PIC mayor a 20 mmHg durante este día:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
PIC máxima del dia:	_____
PIC mínima del día:	_____
Monitoria de saturación yugular de oxígeno:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Saturación yugular de oxigeno máxima del día (%)	_____
Saturación yugular de oxigeno mínima del día (%)	_____
Monitorización de presión tisular de oxigeno (mmHg)	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Presión tisular de oxigeno máxima del día (mmHg)	_____
Presión tisular de oxigeno mínima del día (mmHg)	_____
Medición de PVC:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Alguna PVC mayor a 15 cm H2O durante el día:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
PVC máxima del día en cm de H2O:	_____

PVC mínima del día en cm H2O:	_____
¿Cuantificación de gasto urinario diario?	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Gasto urinario cc/kg/h del día:	_____
Medición de presión Intra-Abdominal:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Presión Intra-Abdominal máxima del día (mmHg)	_____
Presión Intra-Abdominal mínima del día (mmHg)	_____
Alguna Hemoglobina del día menor a 6gr/dl:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Algún sodio del día mayor de 160mEq/l:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Algún sodio del día menor de 120 mEq/l:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Alguna glicemia del día mayor a 180mg/dl:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Alguna glicemia del día menor a 40mg/dl:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Algún potasio sérico del día mayor a 6 mEq/dl:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Algún potasio sérico del día menor a 2 mEq/dl:	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Soporte nutricional en este día :	◯ Si ◯ No ◯ Desconocido ◯ Sin dato
Ruta de nutrición:	◯ Enteral ◯ Parenteral
Cantidad de aporte nutricional diario en centímetros cúbicos o gramos:	_____