



**VALORACIÓN DE LA POTENCIA  
MECÁNICA TRANSMITIDA A LOS  
PACIENTES EN VENTILACIÓN  
MECÁNICA EN LAS UNIDADES DE  
CUIDADOS INTENSIVOS  
“MECHANICAL POWER DAY”**

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ENFERMO: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

ADULTO		PEDIÁTRICO/NEONATO	
Fecha nacimiento		Fecha de nacimiento	
Sexo		Sexo	
Estatura (cm)		Edad gestacional	
Peso real (kg)		Peso al nacimiento (gr)	
Variables		Variables	
Fumador:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Maduración pulmonar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
EPOC	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Displasia broncopulm.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
GOLD C o D	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hernia diafragmática	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Admón. surfactante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Neoplasia pulmón activa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síndrome congénito	Si <input type="checkbox"/> Cual: _____ No <input type="checkbox"/>
Radioterapia torácica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cardiopatía congénita	Si <input type="checkbox"/> Cual: _____ No <input type="checkbox"/>
Lobectomía previa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Malformación /Estenosis de la vía aérea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Neumonectomía previa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros	_____
Malformación / Estenosis de la vía aérea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otros	_____		

---

## RELACIONADO CON EL INGRESO EN UCI:

- Motivo de ingreso: Elija un elemento.
- Motivo de ingreso (pediátrico/neonatal):
  - o Prematuridad
  - o Aspiración meconial
  - o Cardiopatía congénita  Cual: \_\_\_\_\_
  - o Hernia diafragmática congénita
  - o Bronquiolitis
  - o Hipertensión pulmonar del RN
- Fecha de ingreso en Área Críticos: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
- Fecha de IOT: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
- Causa de IOT: Elija un elemento.
- Causa de VM (si diferente de IOT): Elija un elemento.
- SDRA: Elija un elemento.
- VMNI previa: Si  No
- Días de VMNI previa: \_\_\_\_\_
- Complicaciones asociadas a VM:
  - o NAVM: Si  No
  - o Neumotórax: Si  No
  - o Neumomediastino: Si  No
  - o Enfisema subcutáneo: Si  No
- Medicación:
  - o Sedación en perfusión continua: Si  No
  - o Analgesia en perfusión continua: Si  No
  - o Bloqueantes neuromusculares en perfusión continua: Si  No
  - o Bloqueantes neuromusculares en bolo: Si  No
- Escala RASS: Elija un elemento.

**VALORES ANALÍTICOS: (PREFERIBLEMENTE GASOMETRÍA ARTERIAL)**

	GSA [ ]	GSV [ ]
pH		
pO2 (mmHg)		
SatO2 (%)		
pCO2 (mmHg)		
HCO3 (mmol/L)		
EB (mEq/l)		
Lactato (mmol/L)		
SatvO2 (%)		
FiO2 (%)		

**RELACIONADO CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA:**

- Modelo respirador:
- Modo ventilatorio: - Compensación TOT: Si  No

VARIABLE	MODO CONTROLADO (VC, PC, VCRP)	MODO MIXTO (SIMV, MMV)		MODO ESPONTÁNEA CON PAUSA INSP (PSV, ASB, CPAP)	MODO ESPONTÁNEA SIN PAUSA INSP (PSV, ASB, CPAP)
FiO2 (%)					
Nº TOT					
SatpO2 (%)					
VT (cc)					
VTe (cc)					
PEEP (cmH2O)					
Presión meseta (cmH2O)		<u>Espont</u>	<u>Mandt</u>		
DP (mmHg)					
FRm (rpm)					
FRe (rpm)					
Ti					
PIP (cmH2O)					
C					
Raw					
Flujo (l/min)					
PSV (cmH2O)					

VD/VT (%)				
ETCO2				
P0.1				
VG (cc)				

FIO2: fracción inspirada de oxígeno; Nº TOT: número de tubo orotraqueal; VT: volumen tidal; VTe: volumen tidal espirado; PEEP: presión positiva al final de la espiración; FRm: frecuencia respiratoria mandatoria; FRE: frecuencia respiratoria espontanea; Ti: tiempo inspiratorio; PIP: presión pico; C: compliancia; Raw: resistencia de la vía aérea; PSV: presión soporte; VD/VT: fracción de espacio muerto; ETCO2: end tidal CO2; P0.1: presión de oclusión de la vía aérea en el primer milisegundo; VG: volumen garantizado

*REGISTRO PARA EL DÍA 19 DE DICIEMBRE DE 2019:*

Exitus: Si  No

Fecha de éxitus: \_\_/\_\_/2019

Fecha de extubación (si disponible): \_\_/\_\_/2019

Alta de UCI: Si  No

Fecha alta de UCI: \_\_/\_\_/2019

Alta del Hospital: Si  No

Fecha de alta hospitalaria: \_\_/\_\_/2019