

# REGISTRO DE PACIENTES\_REIBECA

Record ID \_\_\_\_\_

---

---

## DATOS DEMOGRÁFICOS

EDAD \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día-mes-año) \_\_\_\_\_

GRUPO DE EDAD \_\_\_\_\_

SEXO

- Masculino  
 Femenino

NIVEL DE ESTUDIOS

- ausencia de estudios  
 estudios primarios  
 estudios secundarios  
 formación profesional  
 estudios universitarios

SITUACIÓN LABORAL

- en período de formación  
 en activo  
 en paro  
 en baja laboral  
 en invalidez por minusvalía  
 jubilado

PAIS DE PROCEDENCIA

- Argentina  
 Bolivia  
 Brasil  
 Chile  
 Colombia  
 Costa Rica  
 Cuba  
 Ecuador  
 El Salvador  
 España  
 Guatemala  
 Honduras  
 México  
 Nicaragua  
 Panamá  
 Paraguay  
 Perú  
 Puerto Rico  
 República Dominicana  
 Uruguay  
 Venezuela

HOSPITAL DE PROCEDENCIA

- Hospital San Jorge - Huesca  
 Hospital Universitario de Canarias  
 Hospital Clínico de Barcelona

---



---

**CARACTERÍSTICAS DEL AGENTE CÁUSTICO INGERIDO**

Fecha de la ingesta (día-mes-año) \_\_\_\_\_

Hora de la ingesta (hh:mm) \_\_\_\_\_

PROPIEDADES DEL AGENTE CORROSIVO

- Lejía  
 Sulfumán  
 Disolvente orgánico  
 Detergente  
 Otros  
 Desconocido

EN CASO DE OTRO AGENTE CÁUSTICO, ESPECIFICARLO \_\_\_\_\_

INGESTA COMBINADA DE CÁUSTICO

- NO  
 SI

ESPECIFICAR INGESTA COMBINADA DE CÁUSTICO

- Lejía  
 Sulfumán  
 Disolvente orgánico  
 Detergente  
 Otros  
 Desconocido

Volumen de la solución ingerida (en cc). \_\_\_\_\_

(Valor numérico)

Concentración de la solución ingerida \_\_\_\_\_

(Expresar en porcentaje (p.e.; ácido al 2%; hay que escribir solamente 2))

Forma de la solución ingerida

- Sólido  
 Líquido

Reexposición del esófago (propiciada por el vómito espontáneo o inducido)

- SI  
 NO

CARÁCTER INTENCIONADO O FORTUÍTO DE LA INGESTIÓN

- Intencionado  
 Fortuíto

SI HA HABIDO INGESTIÓN FORTUÍTA, ESPECIFICAR CAUSA:

- Cambio de envase  
 Ausencia de cierre de seguridad del envase  
 Cáustico inodoro/incoloro,  
 Localización accesible a niños  
 Otro factor facilitador

OTROS FACTORES FACILITADORES DE INGESTIÓN FORTUÍTA (especificar) \_\_\_\_\_

SI HA HABIDO INGESTIÓN INTENCIONADA, ESPECIFICAR CAUSA:

- Síndrome depresivo  
 Trastorno bipolar  
 Trastorno de la personalidad  
 Trastorno psicótico  
 Consumo de tóxicos  
 Llamada de atención  
 Intentos previos de autolisis

SI HAY CONSUMO DE TÓXICOS (DROGAS), ESPECIFICAR EL TIPO DE TÓXICO: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN SOBRE LA QUE INCIDE EL ACCIDENTE

- Población general (niños)  
 Población general (adultos)  
 Alcohólicos  
 Psicóticos  
 Suicidas

---

---

**PRESENTACIÓN CLÍNICA**

- Síntomas orofaríngeos  SI  
 NO
- Hipersalivación (sialorrea)  SI  
 NO
- Incapacidad para la deglución de las secreciones orales (babeo persistente):  SI  
 NO
- Afonía  SI  
 NO
- Disnea (dificultad respiratoria)  SI  
 NO
- Estridor o ronquera  SI  
 NO
- Broncoaspiración  SI  
 NO
- Disfagia/odinofagia  SI  
 NO
- Dolor retroesternal intenso  SI  
 NO
- Vómitos  SI  
 NO
- Hematemesis  SI  
 NO
- Dolor epigástrico  SI  
 NO
- Signos peritoneales (hipersensibilidad, rigidez o maniobra de rebote positiva)  SI  
 NO
- Fiebre  SI (> 37.8° C)  
 SI (< 37.8° C)  
 NO
- Enfisema subcutáneo (crepitación)  SI  
 NO
- Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_  
(Valor numérico)
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)  SI  
 NO

DEFINICION DE SIRS (extraído de: JAMA 2016;315:801 - 10).

**Box 1. SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)**

Two or more of:

Temperature  $>38^{\circ}\text{C}$  or  $<36^{\circ}\text{C}$ Heart rate  $>90/\text{min}$ Respiratory rate  $>20/\text{min}$  or  $\text{PaCO}_2 <32 \text{ mm Hg}$  (4.3 kPa) White blood cell count  $>12\,000/\text{mm}^3$  or  $<4000/\text{mm}^3$  or  $>10\%$  immature bands

Presión arterial sistólica

---

  
(Valor numérico)

Shock

 SI  
 NO

Hemoglobina (en gramos/dl)

---

  
(Valor numérico)

Leucocitos (por milímetro cúbico)

---

  
(Valor numérico)Cifra de leucocitos neutrófilos o polimorfonucleares  
(valor absoluto, no relativo)

---

  
(Valor numérico)

pH (gasometría arterial)

---

  
(Valor numérico)

Nivel de bicarbonato (en mEq/l)

---

  
(Valor numérico)

Presión arterial de oxígeno (en mmHg)

---

  
(Valor numérico)

Saturación arterial de oxígeno (en %)

---

  
(Valor numérico)Alteraciones del perfil bioquímico hepático  
(enzimas de citolisis o colestasis) SI  
 NOAlteraciones de la función hepática (parámetros de  
biosíntesis hepática) SI  
 NO

Albúmina (g/dl)

---

  
(Valor numérico)

Nivel de sodio plasmático (en mEq/l)

---

  
(Valor numérico)

Nivel de potasio plasmático (en mEq/l)

---

  
(Valor numérico)

Nivel de calcio plasmático (en mEq/l)

---

  
(Valor numérico)

Nivel de cloro plasmático (en mEq/l)

---

  
(Valor numérico)

Alteraciones de la coagulación sanguínea (INR)

---

  
(Valor numérico)

Cifra de plaquetas (por milímetro cúbico)

---

  
(Valor numérico)

Urea plasmática (en mg/dl)

---

  
(Valor numérico)

Creatinina plasmática (en mg/dl)

---

  
(Valor numérico)

Proteína C reactiva

---

  
(Valor numérico)

INDICE DE COMORBILIDAD (CHARLSON)

---

  
(Debe ser un valor numérico)

DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

Condition	Weights
Acute myocardial infarction	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebral vascular accident	1
Dementia	1
Pulmonary disease	1
Connective tissue disorder	1
Peptic ulcer	1
Liver disease	1
Diabetes	1
Diabetes complications	2
Paraplegia	2
Renal disease	2
Cancer	2
Metastatic cancer	3
Severe liver disease	3
HIV	6

---

**RESULTADOS ANALÍTICOS A LAS 48 HORAS**

Hemoglobina a las 48 horas (en gramos/dl)

---

  
(Valor numérico)

Leucocitos a las 48 horas (por milímetro cúbico)

---

  
(Valor numérico)Cifra de leucocitos neutrófilos o polimorfonucleares  
(valor absoluto, no relativo), a las 48 horas

---

  
(Valor numérico)

pH (gasometría arterial), a las 48 horas  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de bicarbonato (en mEq/l), a las 48 horas  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Presión arterial de oxígeno (en mmHg), a las 48 horas  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Saturación arterial de oxígeno (en %), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Alteraciones del perfil bioquímico hepático (enzimas de citólisis o colestasis), a las 48 horas.  
 SI  
 NO

Alteraciones de la función hepática (parámetros de biosíntesis hepática), a las 48 horas.  
 SI  
 NO

Albúmina (g/dl), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de sodio plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de potasio plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de calcio plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de cloro plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Alteraciones de la coagulación sanguínea (INR), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Cifra de plaquetas (por milímetro cúbico), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Urea plasmática (en mg/dl), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Creatinina plasmática (en mg/dl), a las 48 horas.  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Proteína C reactiva a las 48 horas  
\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

---

---

## DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

### Gastroscoopia diagnóstica inicial

Se realizó endoscopia?  SI  
 NO

MOTIVO POR EL QUE EL PACIENTE NO SE REALIZA LA GASTROSCOPIA INICIAL:

- El paciente se niega  
 Ingestión accidental de pequeño volumen cáustico  
 Contraindicación por perforación  
 Contraindicación por lesiones otorrinolaringológicas graves/obstrucción de la vía aérea superior  
 Contraindicación por compromiso respiratorio/inestabilidad hemodinámica no corregidos  
 Otros motivos

ESPECIFICAR OTROS MOTIVOS POR EL QUE EL PACIENTE NO SE REALIZA LA GASTROSCOPIA INICIAL:

\_\_\_\_\_

MOMENTO EN EL QUE SE REALIZA LA ENDOSCOPIA TRAS LA INGESTIÓN DEL CÁUSTICO

- Sin endoscopia  
 < 6 horas  
 6 - 24 h  
 24 - 48 h  
 48 - 72 h  
 > 72 h

Fecha de la endoscopia urgente (día-mes-año)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Hora de la endoscopia urgente (hh:mm)

\_\_\_\_\_  
(Valor horario)

Precisa el paciente reanimación por inestabilidad hemodinámica previa a la exploración?

- SI  
 NO

¿Precisa el paciente asegurar la vía aérea antes de la endoscopia? (por distrés respiratorio, lesiones intensas en orofaringe o edema de glotis)

- NO  
 SI: intubación endotraqueal  
 SI: traqueostomía

CONDICIONES ESPECIALES PARA NIÑOS?

- NO  
 SI  
 No aplicable  
 (Marcar "no aplicable" si el paciente es adulto (edad igual o superior a 18 años).)

La endoscopia ha sido realizada por un endoscopista experto (aquél con dedicación exclusiva a la práctica de la endoscopia durante al menos un año antes del inicio del estudio)?

- SI  
 NO

La exploración se ha realizado con sedación profunda?

- SI  
 NO

MIDAZOLAM (mg). Si no se usó, escribir el valor 0.

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

FENTANILO (microgramos). Si no se usó, escribir el valor 0.

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

PROPOFOL (mg). Si no se usó, escribir el valor 0.

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

FLUMAZENILO (mg). Si no se usó, escribir el valor 0.  
NOTA: para este fármaco, se debe escribir el valor numérico con coma decimal (p.e.: 0,3 mg).

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

ATROPINA (mg). Si no se usó, escribir el valor 0.  
NOTA: para este fármaco, se debe escribir el valor numérico con coma decimal (p.e.: 0,5 mg).

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

OTROS FÁRMACOS EMPLEADOS EN LA SEDACIÓN PROFUNDA  
(se pueden marcar varios).

- Tiopental  
 Ketamina  
 Desmetomidina  
 Meperidina  
 Antihistamínico  
 Etomidato  
 Diazepam  
 Anestesia general

QUIÉN REALIZÓ LA SEDACIÓN PROFUNDA?

- Endoscopista  
 Anestesista  
 Intensivista  
 Pediatra  
 Internista

## DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

### Resultado de la gastroscopia diagnóstica inicial

FUE COMPLETA LA GASTROSCOPIA INICIAL?

- SI  
 NO

SI LA GASTROSCOPIA INICIAL NO FUE COMPLETA, MARCAR EL MOTIVO:

- Gravedad de las lesiones  
 Contenido alimentario  
 Intolerancia  
 Otro motivo

ESPECIFICAR OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LA GASTROSCOPIA INICIAL NO FUE COMPLETA \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS

- SI  
 NO

### SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS, ESPECIFICAR:

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis y/o pseudomembranas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS

- SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS

- Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR)

- Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B



## LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS

- Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

## CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO)

- Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

## LESIONES DUODENALES

- Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

## CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN DUODENO (ZARGAR)

- Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

## CLASIFICACIÓN DE ZARGAR

Grado	Hallazgos endoscópicos
0	Mucosa normal
I	Edema e hiperemia de la mucosa
IIa	Exudados, erosiones y úlceras superficiales, hemorragias
IIb	Úlceras profundas o circunferenciales
IIIa	Pequeñas áreas aisladas de necrosis
IIIb	Extensas áreas de necrosis

## EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA INICIAL?

- SI  
 NO

## SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA INICIAL?

- Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Billroth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

## SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA INICIAL, ESPECIFICARLA:

\_\_\_\_\_

## SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES?

- SI  
 NO

## EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA INICIAL?

- SI  
 NO

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA INICIAL, ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ TAC PARA EVALUAR LESIONES?

- SI  
 NO

LESIONES POR TAC: - grado I: sin edema de la pared esofágica (< 3 mm); - grado II: edema de pared esofágica sin infiltración del tejido periesofágico; - grado III: edema de pared esofágica con infiltración del tejido periesofágico con delimitación entre ambas estructuras; - grado IV: edema de pared esofágica con infiltración del tejido periesofágico con pérdida de la delimitación entre ambas estructuras o presencia de colecciones fluidas periesofágicas o periaórticas.

- Sin lesiones  
 Grado I  
 Grado II  
 Grado III  
 Grado IV  
 No realizado

SE REALIZÓ ECOENDOSCOPIA PARA EVALUAR LESIONES?

- SI  
 NO

LESIONES POR ECOENDOSCOPIA: - grado I: capas musculares bien definidas y engrosadas; - grado II: capas musculares hipoeoicas con márgenes poco definidos; - grado IIIa: no se pueden diferenciar las capas musculares, afectación no circunferencial; - grado IIIb: no se pueden diferenciar las capas musculares, afectación circunferencial.

- Grado 0  
 Grado I  
 Grado II  
 Grado IIIa  
 Grado IIIb  
 No realizado

**DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN****Resultado de las gastroscopias sucesivas**

NÚMERO DE GASTROSCOPIAS DE SEGUIMIENTO

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 1

FECHA DE LA GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO 1

\_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO 1:

- Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO 1:

- SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO 1  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE LA GASTROSCOPIA 1 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 2

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 2  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 2 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 2 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 3

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO:  
 Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
3 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 3  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 3 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 3 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 4

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO:  
 Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
4 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO



---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 4  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 4 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 4 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 5

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO:

- Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
5 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE LA GASTROSCOPIA 5 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 6 \_\_\_\_\_

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 6  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 6 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 6 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 7

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO:  
 Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
7 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 7  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 7 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 7 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 8

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO:

Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
8 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO



---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 8  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 8 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 8 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 9

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO:  
 Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
9 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA  
CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 9  
DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 9 DE  
SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO,  
ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE  
LA GASTROSCOPIA 9 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  
 SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO  
ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE  
INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en  
mm) \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  
 SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en  
mm) \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  
 No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Resultado de la gastroscopia de seguimiento 10

FECHA DE LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DE LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO:  
 Gastroscopia inicial incompleta  
 Seguimiento  
 Terapéutica

EVALUACIÓN DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN GASTROSCOPIA  
10 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

---



---

**SI SE EVALUÓ LA EXISTENCIA DE LESIONES OROFARÍNGEAS EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICAR:**

	SI	NO
Sin lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erosiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceraciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDEMA DE GLOTIS EN GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO:  SI  
 NO

LOCALIZACIÓN DE LESIONES ESOFÁGICAS EN GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Tercio superior  
 Tercio medio  
 Tercio inferior

EXISTE ESTENOSIS ESOFÁGICA EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESÓFAGO (ZARGAR) EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO:  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LOCALIZACIÓN DE LESIONES GÁSTRICAS EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO  Sin lesiones  
 Fundus  
 Cuerpo  
 Antro  
 Píloro

EXISTE ESTENOSIS GÁSTRICA EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  No  
 Sí y es franqueable  
 Sí y es infranqueable

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN ESTÓMAGO (ZARGAR GÁSTRICO) EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO  Grado 0  
 Grado 1  
 Grado 2A  
 Grado 2B  
 Grado 3A  
 Grado 3B

LESIONES DUODENALES EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO:  Sin lesiones  
 Primera porción  
 Segunda porción

EXISTE UNA HERNIA DE HIATO EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE OBSERVA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  Gastrectomía total  
 Gastrectomía tipo Billroth I  
 Gastrectomía tipo Bilioth II  
 Cirugía bariátrica  
 Funduplicatura tipo Nissen  
 Otra alteración postquirúrgica

SI HAY OTRA ALTERACIÓN QUIRÚRGICA PREVIA EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLA: \_\_\_\_\_

SE HA REALIZADO CROMOENDOSCOPIA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES EN LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

EFFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

---

**SI HUBO EFECTOS ADVERSOS DURANTE LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO, ESPECIFICARLOS:**

	SI	NO
Desaturación que obliga a parar la exploración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inestabilidad hemodinámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parada cardiorrespiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perforación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de lesiones otorrinolaringológicas graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de vía aérea superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SE REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DURANTE LA GASTROSCOPIA 10 DE SEGUIMIENTO?  SI  
 NO

SE REALIZÓ INYECCIÓN DE ESTEROIDES INTRALESIONALES?  SI  
 NO

QUÉ ESTEROIDE SE UTILIZÓ? ESPECIFICAR EL PRINCIPIO ACTIVO (NO LA MARCA): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS (en mg) DEL ESTEROIDE INTRALESIONAL UTILIZADO: \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BUJÍAS DE SAVARY?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BUJÍAS DE SAVARY (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE REALIZÓ DILATACIÓN CON BALÓN?  SI  
 NO

DIÁMETRO MÁXIMO DILATADO CON BALÓN DILATADOR (en mm) \_\_\_\_\_

(Debe ser un valor numérico)

SE INSERTÓ UNA PRÓTESIS ESOFÁGICA?  No  
 Metálica recubierta  
 Biodegradable

Si se realizaron más de 10 gastroscopias de seguimiento, describalas aquí \_\_\_\_\_

SEVERIDAD DEL DAÑO INDUCIDO  Quemadura de primer grado  
 Quemadura de segundo grado  
 Quemadura de tercer grado

EXTENSIÓN DEL DAÑO (señalar los órganos afectados)

- Sin lesiones
- Orofaringe
- Larínge
- Tráquea
- Afectación pleuropulmonar
- Tercio superior de esófago
- Tercio medio de esófago
- Tercio inferior de esófago
- Cuerpo gástrico
- Antro
- Píloro
- Duodeno
- Mediastino
- Páncreas
- Bazo
- Peritoneo

NECESIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN UCI

- SI
- NO

PRESENCIA DE COMPLICACIONES SISTÉMICAS (marcar las que proceda)

- NO
- Neumonía por aspiración
- Distress respiratorio
- Mediastinitis
- Tromboembolismo pulmonar
- Coagulación intravascular diseminada
- Shock
- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia renal

PRESENCIA DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES (marcar las que proceda)

- NO
- Estenosis
- Hemorragia
- Perforación
- Absceso
- Fístula

NECESIDAD DE CIRUGÍA

- SI
- NO

Fecha de la cirugía (día-mes-año)

\_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ESPECIFICAR)

\_\_\_\_\_

NECESIDAD DE HEMOTRANSFUSIÓN

- Si
- NO

NÚMERO DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS

\_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

NECESIDAD DE ANTIBIOTERAPIA

- SI
- NO

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

\_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)

Fecha de alta hospitalaria (día-mes-año)

\_\_\_\_\_

MUERTE

- SI
- NO

Fecha de la muerte (día-mes-año)

\_\_\_\_\_

SECUELAS TARDÍAS

- No  
 Estenosis orofaríngea  
 Estenosis esofágica  
 Estenosis gástrica  
 Estenosis duodenal

Fecha del diagnóstico de estenosis (día-mes-año)

\_\_\_\_\_

SE USÓ STENT ESOFÁGICO PARA LA PREVENCIÓN DE LA ESTENOSIS ESOFÁGICA?

- NO  
 STENT RECUBIERTO  
 STENT BIODEGRADABLE

LOCALIZACION DE LA ESTENOSIS

- No hay estenosis  
 Orofaríngea  
 Esófago proximal  
 Esófago medio  
 Esófago distal  
 Cuerpo gástrico  
 Antro gástrico  
 Duodeno

LONGITUD DE LA ESTENOSIS (cm)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS

- Ninguno  
 Endoscópico  
 Quirúrgico

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS

- No precisa tratamiento  
 Dilatación con balón  
 Dilatación con bujías  
 Inserción de stent  
 Inyección intralesional de esteroides  
 Terapia incisional

NÚMERO DE SESIONES DE DILATACIÓN DE LA ESTENOSIS

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS (días). Se entiende tiempo transcurrido desde la primera hasta la última dilatación endoscópica.

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS

- SI  
 NO

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DILATADOR DE LA ESTENOSIS

- Sin complicaciones  
 Hemorragia o hematoma  
 Perforación  
 Fístula  
 Muerte

TIPO DE CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS (especificar)

\_\_\_\_\_

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS

- Sin complicaciones  
 Fistulización  
 Mediastinitis  
 Peritonitis  
 Muerte



---



---

**MEDIDAS ADOPTADAS ANTES O DURANTE EL TRASLADO**

- EL PACIENTE NO HA RECIBIDO NADA POR BOCA  SI  
 NO
- EL PACIENTE HA RECIBIDO UN AGENTE NEUTRALIZANTE:  SI  
 NO
- TIPO DE AGENTE NEUTRALIZANTE  ninguno  
 agua  
 leche  
 aceite  
 yogurt  
 otros
- EN CASO DE OTRO AGENTE NEUTRALIZANTE, INDICARLO: \_\_\_\_\_
- SE HAN REALIZADO MANIOBRAS PARA INDUCIR EL VÓMITO  SI  
 NO
- ANTES DEL TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO, ¿HUBO CONSULTA PREVIA A UN PROFESIONAL SANITARIO?  SI  
 NO
- ANTES DEL TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO, ¿HUBO CONSULTA PREVIA AL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA?  SI  
 NO

---



---

**MEDIDAS ADOPTADAS EN LA SALA DE EMERGENCIAS**

- SE HA COLOCADO UNA SONDA NASOGÁSTRICA PARA EFECTUAR LAVADOS  SI  
 NO
- SE HAN INICIADO MEDIDAS DE REPOSICION DE VOLUMEN CON FLUIDOS INTRAVENOSOS  SI  
 NO
- SE HA PROCEDIDO A HEMOTRANSFUSION DE CONCENTRADOS DE HEMATIES  SI  
 NO
- NÚMERO DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS EN URGENCIAS \_\_\_\_\_  
(Debe ser un valor numérico)
- SE HA REQUERIDO LA ASISTENCIA DEL ORL  SI  
 NO
- SE HA REALIZADO UN PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR LA VÍA AÉREA  NO  
 Intubación oro-traqueal  
 Traqueostomía
- SE HA REQUERIDO LA ASISTENCIA DEL ENDOSCOPISTA  SI  
 NO
- SE HA REQUERIDO LA ASISTENCIA DEL INTENSIVISTA  SI  
 NO
- SE HA EMPLEADO LA CLASIFICACIÓN DE ZARGAR PARA GUIAR LA TERAPÉUTICA  SI  
 NO
- SE HA SOLICITADO LA TAC TORACO-ABDOMINAL  SI  
 NO

SE HA REQUERIDO AL CIRUJANO POR:

- NO  
 Perforación  
 Peritonitis  
 Mediastinitis  
 Hemorragia exanguinante

SE HA ADMINISTRADO NARCÓTICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

- SI  
 NO

SE HA INICIADO LA ADMINISTRACIÓN DE ANTISECRETORES (anti-H2 o IBP) PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE STRESS

- SI  
 NO

SE HA ADMINISTRADO ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA PARA PREVENIR LA INFECCIÓN

- SI  
 NO

TIPO DE ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO

\_\_\_\_\_

DOSIS DE ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO (mg)

\_\_\_\_\_

(Valor numérico)

PAUTA DE ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO (cada 6, 8, 12, 24 horas)

\_\_\_\_\_

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO (días)

\_\_\_\_\_

(Valor numérico)

SE HAN ADMINISTRADO CORTICOIDES PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ESTENOSIS

- SI  
 NO

ESPECIFICAR CORTICOIDE USADO

\_\_\_\_\_

VIA DE ADMINISTRACIÓN DEL CORTICOIDE

- No administrado  
 Intravenosa  
 Oral

ESPECIFICAR DOSIS DE CORTICOIDE (miligramos)

\_\_\_\_\_

PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DEL CORTICOIDE (cada 8, 12, 24 horas)

\_\_\_\_\_

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CORTICOIDE (días)

\_\_\_\_\_

DOSIS ACUMULADA DE CORTICOIDE (mg)

\_\_\_\_\_

DESTINO DEL PACIENTE TRAS SU EVALUACIÓN INICIAL EN EMERGENCIAS

- Consultas externas  
 Medicina Interna  
 Gastroenterología  
 Cirugía  
 UCI  
 Pediatría

PROFESIONALES DEL ÁMBITO MÉDICO QUE HAN INTERVENIDO EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

- Cirugía  
 UCI  
 ORL  
 Endoscopia  
 Pediatría  
 Gastroenterología  
 Hepatología  
 Neumología  
 Medicina Interna  
 Nefrología  
 Nutrición

---



---

**MANEJO DEL PACIENTE TRAS SU INTERNAMIENTO EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN**

SE HA INICIADO O MANTENIDO LA TRANSFUSION DE  
CONCENTRADOS DE HEMATÍES

- SI  
 NO

ESPECIFICAR NÚMERO DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

SE HA INICIADO O MANTENIDO LA ADMINISTRACIÓN DE  
NARCÓTICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

- SI  
 NO

SE HA INICIADO O MANTENIDO LA ADMINISTRACIÓN DE  
ANTISECRETORES (anti-H2 o IBP) PARA PREVENCIÓN DE  
ÚLCERAS DE STRESS

- SI  
 NO

SE HA REQUERIDO LA ASISTENCIA DEL ENDOSCOPISTA (en el  
caso de que la exploración se haya dilatado en el  
tiempo hasta el internamiento del paciente).

- SI  
 NO

SE HA EMPLEADO LA ESCALA DE ZARGAR PARA GUIAR LA  
TERAPÉUTICA (EN SALA)

- SI  
 NO

SE HA SOLICITADO TAC TÓRACO-ABDOMINAL (EN SALA)

- SI  
 NO

SE HA SOLICITADO ECOENDOSCOPIA (EN SALA)

- SI  
 NO

SE HA RECURRIDO A UN PROCEDIMIENTO DE NUTRICIÓN  
ARTIFICIAL

- NO  
 Nasoenteral  
 Parenteral  
 Mixta

SE HA REQUERIDO LA ASISTENCIA DEL CIRUJANO (EN SALA)

- NO  
 Sospecha de perforación  
 Peritonitis  
 Mediastinitis  
 Hemorragia exanguinante

SE HA ADMINISTRADO ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA PARA  
PREVENIR LA INFECCIÓN (EN SALA)

- SI  
 NO

SE HAN ADMINISTRADO CORTICOIDES PARA PREVENIR LA  
FORMACIÓN DE ESTENOSIS (EN SALA)

- SI  
 NO

ESPECIFICAR CORTICOIDE USADO(EN SALA)

\_\_\_\_\_

ESPECIFICAR DOSIS DE CORTICOIDE USADO EN SALA  
(miligramos)

\_\_\_\_\_

---



---

**MANEJO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE**

HA PRECISADO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

- SI  
 NO

EN CASO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, ¿CUÁNDO SE  
REALIZÓ?

- En las primeras horas tras la ingesta del cáustico  
 Durante el ingreso  
 Meses o años después por complicaciones  
posteriores

SI LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SE REALIZÓ EN LAS  
PRIMERAS HORAS, ¿CUÁL FUE EL TIEMPO TRANSCURRIDO  
DESDE LA INGESTA DEL CÁUSTICO HASTA LA  
INTERVENCIÓN? EXPRESARLO EN HORAS.

\_\_\_\_\_ (Expresarlo en horas. Debe ser numérico.)

CUÁL FUE LA INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA?

- Shock
- Hallazgos de signos de perforación en pruebas complementarias (Rx, TC, FGS, TEGD)
- Complicaciones tardías
- Realización de gastrostomía/yeyunostomía de alimentación
- Otras

EN CASO DE OTRAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS, ESPECIFICAR:

---

LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS COINCIDIERON CON LOS DATOS CLÍNICOS?

- SI
- NO (más graves)
- NO (más leves)

SI LA CIRUGÍA FUE DEBIDA A COMPLICACIONES TARDÍAS, ¿CUÁL FUE EL MOTIVO?

- Estenosis
- Cáncer
- Otras

ESPECIFICAR OTRAS INDICACIONES DE CIRUGÍA POR COMPLICACIONES TARDÍAS

---

¿CUÁL FUE EL ABORDAJE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? Se puede marcar más de una:

- Laparotomía
- Laparoscopia
- Toracotomía
- Toracoscopia
- Cervicotomía

VÍA DE ACCESO AL TÓRAX EN CASO NECESARIO:

- Transtorácico derecho
- Transtorácico izquierdo
- Transhiatal

¿CUAL FUE LA POSICIÓN DEL PACIENTE EN CASO DE TORACOTOMÍA O TORACOSCOPIA?

- Decúbito lateral izquierdo
- En prono
- Decúbito lateral derecho

TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA (se puede marcar más de una):

- Yeyunostomía para alimentación
- Gastrostomía para alimentación
- Traqueostomía
- Esofaguetomía distal
- Esofaguetomía total
- Esófago-gastrectomía
- Gastrectomía total
- Gastrectomía subtotal
- Laringuectomía
- Otras

ESPECIFICAR OTROS TIPOS DE TÉCNICA QUIRÚRGICA REALIZADA

---

LA RECONSTRUCCIÓN DE LA VÍA DIGESTIVA SE REALIZÓ:

- En el mismo acto quirúrgico que la resección
- Diferida en un segundo tiempo

EN CASO DE RECONSTRUCCIÓN DIFERIDA DE LA VÍA DIGESTIVA (EN UN SEGUNDO TIEMPO), ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS?. Expresar el tiempo en días:

---

(Debe ser un valor numérico)

EN CASO DE NO ANASTOMOSIS, ¿CÓMO SE DRENÓ EL ESÓFAGO SECCIONADO?:

- No se drena
- Esofagostomía cervical
- Tutorizar el esófago con sonda exteriorizada al tórax.

EN CASO DE RESECCIÓN ESOFÁGICA, ¿QUÉ ÓRGANO SE UTILIZÓ PARA LA RECONSTRUCCIÓN?:

- Estómago (gastroplastia)
- Colon (coloplastia)
- Intestino delgado

TIPO DE ANASTOMOSIS REALIZADA:

- Gastroesofágica torácica  
 Gastroesofágica cervical  
 Coloesofágica  
 Esófago-yeyunostomía  
 Esófago-gastrostomía

HAY COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS?

- SI  
 NO

TIPO DE COMPLICACIÓN MÉDICA POSTOPERATORIA

- Respiratoria  
 Cardíaca  
 Urinaria

TIPO DE COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POSTOPERATORIA

- Fallo de sutura  
 Colección intrabdominal  
 Hemorragia  
 Otras

ESPECIFICAR OTRO TIPO DE COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA POSTOPERATORIA

\_\_\_\_\_

CLASIFICAR LA COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA (ver más abajo la clasificación de Clavien - Dindo)

- I  
 II  
 IIIa  
 IIIb  
 IVa  
 IVb  
 V

CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN - DINDO (extraída de: Clavien et al, Ann Surg 2009;250:187-196)

Grades	Definition
<b>Grade I:</b>	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic and radiological interventions. Acceptable therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics and electrolytes and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside.
<b>Grade II:</b>	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications. Blood transfusions and total parenteral nutrition are also included.
<b>Grade III:</b>	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
<b>Grade III-a:</b>	intervention not under general anesthesia
<b>Grade III-b:</b>	intervention under general anesthesia
<b>Grade IV:</b>	Life-threatening complication (including CNS complications) <sup>‡</sup> requiring IC/ICU-management
<b>Grade IV-a:</b>	single organ dysfunction (including dialysis)
<b>Grade IV-b:</b>	multi organ dysfunction
<b>Grade V:</b>	Death of a patient
<b>Suffix 'd':</b>	If the patient suffers from a complication at the time of discharge (see examples in Appendix B, <a href="http://Links.Lww-.com/SLA/A3">http://Links.Lww-.com/SLA/A3</a> ), the suffix "d" (for 'disability') is added to the respective grade of complication. This label indicates the need for a follow-up to fully evaluate the complication.

<sup>‡</sup> brain hemorrhage, ischemic stroke, subarachnoidal bleeding, but excluding transient ischemic attacks (TIA); IC: Intermediate care; ICU: Intensive care unit  
[www.surgicalcomplication.info](http://www.surgicalcomplication.info)

PUBLICACION DE LA CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO

[Attachment: "Clasificacion Clavien Dindo\_original.pdf"]

HA PRECISADO REINTERVENCIÓN?

- SI  
 NO

CAUSA DE LA REINTERVENCIÓN

- Hemorragia  
 Fallo de sutura  
 Colección  
 Otras

ESPECIFICAR OTRAS CAUSAS DE REINTERVENCIÓN

\_\_\_\_\_

MORTALIDAD POSTOPERATORIA

- SI  
 NO

---



---

**RECOGIDA DE DATOS RELATIVOS AL SEGUIMIENTO**
**Seguimiento al mes de la ingesta del cáustico**

Se realizó visita al paciente un mes después de haber ingerido el cáustico?

- SI  
 NO

Si NO se realizó visita al mes de la ingestión del cáustico, indicar el motivo:

- No acude a la cita  
 El paciente continúa ingresado  
 Pérdida de seguimiento (p.e.: traslado)  
 Exitus

Fecha de la visita (un mes transcurrido desde la ingestión del cáustico):

\_\_\_\_\_ (Debe ser una fecha)

ESTÁ EL PACIENTE ASINTOMÁTICO?

- SI  
 NO

SI EL PACIENTE TIENE SÍNTOMAS, MÁRQUELOS:

- Pérdida de peso  
 Disfagia  
 Astenia / anorexia  
 Otros

ESPECIFICAR SI HAY OTROS SÍNTOMAS:

\_\_\_\_\_

HAY ANEMIA?

- SI  
 NO

ESPECIFICAR VALOR DE HEMOGLOBINA (g/dl):

\_\_\_\_\_ (Valor numérico con un decimal)

ESPECIFICAR VALOR DE FERRITINA (ng/dl):

\_\_\_\_\_ (Valor numérico con un decimal)

ESPECIFICAR VALOR DE VITAMINA B12 SÉRICA (pg/ml):

\_\_\_\_\_ (Valor numérico con un decimal)

ESPECIFICAR VALOR DE ÁCIDO FÓLICO SÉRICO (ng/ml):

\_\_\_\_\_ (Valor numérico con un decimal)

HAY LEUCOCITOSIS (>10500 / mm<sup>3</sup>)?

- SI  
 NO

ESPECIFICAR VALOR DE LEUCOCITOS (recuento / mm<sup>3</sup>):

\_\_\_\_\_ (Valor numérico)

Hay alteraciones del perfil hepático (enzimas de citolisis o colestasis)?

- SI  
 NO

VALOR DE GOT (AST), en UI/l.

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

VALOR DE GPT (ALT), en UI/l.

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

VALOR DE FOSFATASA ALCALINA, en UI/l.

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

VALOR DE GGT, en UI/l.

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

VALOR DE BILIRRUBINA TOTAL, en mg/dl.

\_\_\_\_\_ (Debe ser un valor numérico)

Alteraciones de la función hepática (parámetros de biosíntesis hepática)

- SI  
 NO

Albúmina (g/dl)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de sodio plasmático (en mEq/l)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de potasio plasmático (en mEq/l)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de calcio plasmático (en mEq/l)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Nivel de cloro plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

HAY ALTERACIONES HEMOCOAGULATIVAS?

- SI  
 NO

Alteraciones de la coagulación sanguínea (INR)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Actividad de protrombina (%)

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico)

Se ha realizado endoscopia digestiva alta al mes de haber ingerido el cáustico?

- SI  
 NO

FECHA DE LA GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO AL MES. SE DEBE IR AL APARTADO DE LAS GASTROSCOPIAS DE SEGUIMIENTO PARA COMPLETAR LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

\_\_\_\_\_  
(Debe ser una fecha)

## RECOGIDA DE DATOS RELATIVOS AL SEGUIMIENTO

### Seguimiento a los tres meses de la ingesta del cáustico

Se realizó visita al paciente tres meses después de haber ingerido el cáustico?

- SI  
 NO

Si NO se realizó visita a los 3 meses de la ingestión del cáustico, indicar el motivo:

- No acude a la cita  
 El paciente continúa ingresado  
 Pérdida de seguimiento (p.e.: traslado)  
 Exitus

Fecha de la visita (3 meses transcurrido desde la ingestión del cáustico):

\_\_\_\_\_  
(Debe ser una fecha)

ESTÁ EL PACIENTE ASINTOMÁTICO A LOS TRES MESES?

- SI  
 NO

SI EL PACIENTE TIENE SÍNTOMAS, MÁRQUELOS:

- Pérdida de peso  
 Disfagia  
 Astenia / anorexia  
 Otros

ESPECIFICAR SI HAY OTROS SÍNTOMAS:

\_\_\_\_\_

HAY ANEMIA?

- SI  
 NO

ESPECIFICAR VALOR DE HEMOGLOBINA (g/dl):

\_\_\_\_\_  
(Valor numérico con un decimal)

ESPECIFICAR VALOR DE FERRITINA (ng/dl):	_____
	(Valor numérico con un decimal)
ESPECIFICAR VALOR DE VITAMINA B12 SERICA (pg/ml):	_____
	(Valor numérico con un decimal)
ESPECIFICAR VALOR DE ÁCIDO FÓLICO SÉRICO (ng/ml):	_____
	(Valor numérico con un decimal)
HAY LEUCOCITOSIS (>10500 / mm <sup>3</sup> )?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
ESPECIFICAR VALOR DE LEUCOCITOS (recuento / mm <sup>3</sup> ):	_____
	(Valor numérico)
Hay alteraciones del perfil hepático (enzimas de citolisis o colestasis)?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
VALOR DE GOT (AST), en UI/l.	_____
	(Debe ser un valor numérico)
VALOR DE GPT (ALT), en UI/l.	_____
	(Debe ser un valor numérico)
VALOR DE FOSFATASA ALCALINA, en UI/l.	_____
	(Debe ser un valor numérico)
VALOR DE GGT, en UI/l.	_____
	(Debe ser un valor numérico)
VALOR DE BILIRRUBINA TOTAL, en mg/dl.	_____
	(Debe ser un valor numérico)
Alteraciones de la función hepática (parámetros de biosíntesis hepática)	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Albúmina (g/dl)	_____
	(Valor numérico)
Nivel de sodio plasmático (en mEq/l)	_____
	(Valor numérico)
Nivel de potasio plasmático (en mEq/l)	_____
	(Valor numérico)
Nivel de calcio plasmático (en mEq/l)	_____
	(Valor numérico)
Nivel de cloro plasmático (en mEq/l), a las 48 horas.	_____
	(Valor numérico)
HAY ALTERACIONES HEMOCOAGULATIVAS?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Alteraciones de la coagulación sanguínea (INR)	_____
	(Valor numérico)
Actividad de protrombina (%)	_____
	(Valor numérico)
Se ha realizado endoscopia digestiva alta al mes de haber ingerido el cáustico?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
FECHA DE LA GASTROSCOPIA DE SEGUIMIENTO AL MES. SE DEBE IR AL APARTADO DE LAS GASTROSCOPIAS DE SEGUIMIENTO PARA COMPLETAR LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	_____
	(Debe ser una fecha)