

Anexos

Anexo 1. Formato recolección datos

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
PREDICTORES DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON NAC F5FB			
Datos de identificación			
Nombre del paciente: _____		Identificación: _____	
Criterios de Inclusión			
Síntomas o signos de infección aguda: Si ___ No ___		Cuales: _____	
Nuevos infiltrados en imagen de torax a los que no se les atribuye otra causa: Si ___ No ___		Cumple criterios de Inclusión: Si ___ No ___	
Criterios de Exclusión			
Otro tipo de neumonía no infecciosa: Si ___ No ___		Cual: ___ Neumonía asociada al cuidado de la salud: Si ___ No ___	
Paciente inmunosuprimido: Si ___ No ___		Tipo de inmunosupresión: _____	
Remisión a otro hospital: Si ___ No ___		Remitido desde otro hospital: Si ___ No ___	
		Puede incluirse en el estudio: Si ___ No ___	
Datos demográficos			
Edad: _____		Genero: F ___ M ___	
Tabaquismo: No fumador ___ fumador activo ___ exfumador ___ desconocido ___			
Evaluación de la estancia hospitalaria			
Fecha de Ingreso (DD/MM/AAAA): _____		Hora de ingreso: _____	
Fecha de Egreso (DD/MM/AAAA): _____		Hora de egreso: _____	
Días completados de estancia hospitalaria: _____		Mortalidad intrahospitalaria: Si ___ No ___	
Condiciones de ingreso			
CURB 65 (puntos): _____		Puntaje en Índice de Charlson de comorbilidad: _____	
Imagen de tórax con compromiso multilobar: Si ___ No ___		Hemocultivo en las primeras 72 horas positivo: Si ___ No ___ No aplica ___	
Uso de antibiotico previo: Si ___ No ___		Cual: _____	
Shock en las primeras 48 horas: Si ___ No ___		Historia de Broncoaspiración: Si ___ No ___	
Terapia antibiotica			
Fecha de inicio del AB (DD/MM/AAAA): _____		Hora de inicio AB: _____	
Necesidad de cambio de esquema: Si ___ No ___		Horas para inicio del antibiotico (se aproxima a hora superior): _____	
		Días para cambio de antibiotico a oral: _____	
Necesidad de oxigeno			
Necesidad de oxigeno suplementario: Si ___ No ___			
Tipo de suplencia de oxigeno: no ___ cánula nasal ___ máscara con ventury ___ VMNI ___ IOT ___			
Complicaciones			
Presencia de alguna complicación durante la hospitalización: Si ___ No ___		Absceso: _____	
Derrame pleural: Si ___ No ___		Empiema: Si ___ No ___	
Cavitación: Si ___ No ___		Otra: Si ___ No ___	
		Cual: _____	
Lugar de hospitalización:			
Lugar de mayor complejidad: Piso ___ UCI intermedia ___ UCI ___			
Tramite administrativo			
Retraso del alta por tramite administrativo: Si ___ No ___		Tipo de trámite: _____	
Persona que diligenció: _____		Fecha: _____	
Revisó: _____		Fecha: _____	

ESCALAS	
Nombre del paciente: _____	Identificación: _____
CURB-65	
Característica clínica	Puntos
Confusión (alteración estado de conciencia de novo)	1
Urea (BUN >20 mg/dL)	1
Respiración (Táquipnea > 30 rpm)	1
Tensión arterial (sistólica < 90 mmHg o diastólica < 60 mmHg)	1
Edad > 65 años	1
Puntaje total CURB 65: _____	
Indice de Comorbilidad de Charlson	
Comorbilidad	Puntaje
Infarto del miocardio	1
Falla cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad del tejido conectivo	1
Úlcera gastroduodenal	1
Enfermedad hepática leve	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Enfermedad renal moderada o severa	2
Diabetes con daño a órgano blanco	2
Cualquier tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
enfermedad hepática moderada o severa	3
tumor sólido metastásico	6
SIDA	6
Puntaje total índice de comorbilidad de Charlson: _____	