

VIA CLINICA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). UNIDAD DE NEUMOLOGIA.
CONCEPTO, PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE INCLUSION EN LA VIA CLINICA.

El concepto de NAC agrupa a todas las infecciones del parénquima pulmonar desarrolladas en el seno de la población general, diferenciándolas de las que afectan a individuos ingresados en hospitales (expuestos a una flora microbiana distinta) y a los pacientes inmunodeprimidos (vulnerables a patógenos que raramente afectan a la población general). Los patógenos más comúnmente implicados en esta patología son: Streptococcus Pneumoniae, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae y Psittaci, Coxiella Burneti y virus respiratorios.

La Sociedad Española de Aparato Respiratorio (SEPAR) ha publicado una guía de recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de la NAC, que ha sido revisada por última vez en 1998, estableciendo 5 grupos de pacientes y cada uno de ellos con unas indicaciones de tratamiento: (ver tablas I y II):

GRUPO 1: Neumonía no grave y sin riesgo de etiología no habitual:

Síndrome típico: amoxicilina 1gr/8h v.o. ó cefuroxima 1 gr/12h v.o.

Síndrome atípico: macrólido (eritromicina, claritromicina o azitromicina)o tetraciclinas.

Síndrome indeterminado: macrólido.

GRUPO 2: Neumonía no grave pero con riesgo de etiología no habitual:

Amoxicilina con ácido clavulánico 1gr/8h v.o.

Cefuroxima 1gr/12h v.o.

Ceftriaxona 1gr/24h i.m.

Si se sospecha etiología atípica: macrólido oral.

GRUPO 3: Neumonía grave sin riesgo de etiología no habitual:

Cefotaxima 1gr/6h i.v.

Ceftriaxona 1-2gr/24h i.v.

Amoxicilina con ácido clavulánico 2gr/8h i.v.

Si se sospecha etiología atípica: asociar un macrólido.

GRUPO 4: Neumonía grave y con riesgo de etiología no habitual:

Cefotaxima 1gr/6h i.v.

Ceftriaxona 1-2gr/24h i.v.

Amoxicilina con ácido clavulánico 2gr/8h i.v.

Siempre asociando un macrólido a cualquiera de los anteriores.

GRUPO 5: Neumonía de presentación inicial muy grave:

Cefotaxima 2gr/6h i.v.

Ceftriaxona 2gr/24h i.v.

Siempre asociando a uno de los anteriores un macrólido y además Rifampicina 600mgr/12h i.v.

durante 5-6 días.

Dado el alto nivel de resistencias del neumococo a los macrólidos en España, es preciso tener en cuenta el uso de quinolonas, sobre todos las de 4ª y 5ª generación, en el tratamiento del síndrome atípico y en los casos de alergia a la penicilina.

El grupo de Fine y col. ha desarrollado un sistema de clasificación que permite estimar el riesgo de muerte causada por neumonía y la probabilidad de necesitar ingreso en UCI, de forma muy fiable, basándose en distintas variables: la edad, el sexo, la presencia de comorbilidad, las constantes vitales anómalas y alteraciones analíticas y radiológicas . Mediante este sistema es posible identificar los pacientes con riesgo bajo y que pueden beneficiarse de hacer un tratamiento ambulatorio. Este sistema está validado y corroborado por otros grupos de trabajo. (Ver figura 1 y tablas III y IV).

En la vía clínica de la NAC se incluirán a todos los pacientes ingresado con el diagnóstico de NAC , a cargo de la Unidad de Neumología , en la planta 4ªB, procedentes de Urgencias o de la consulta externa, clasificados en los niveles III o IV de Fine. El paciente será incluido una vez que un facultativo de la Unidad confirme el diagnóstico y que se cumplen también los criterios mencionados.

La puesta en marcha de esta vía clínica se va a llevar a cabo por los facultativos de la Unidad de Neumología con la colaboración de la supervisora y del resto del personal de enfermería de la planta 4ªB, lugar donde se ubican las camas asignadas a Neumología.

El personal de enfermería del área de hospitalización de Neumología rellenará diariamente su parte correspondiente de las hojas de verificación diarias y también se ocupará de entregar al paciente y explicarle la hoja de información y la encuesta de satisfacción.

El neumólogo responsable del paciente será el que cumplimente la parte médica de las hojas diarias de verificación. El coordinador de la vía clínica es el que supervisará las hojas de verificación diarias y cumplimentará la hoja de verificación global.

FIGURA 1. ALGORITMO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA NAC

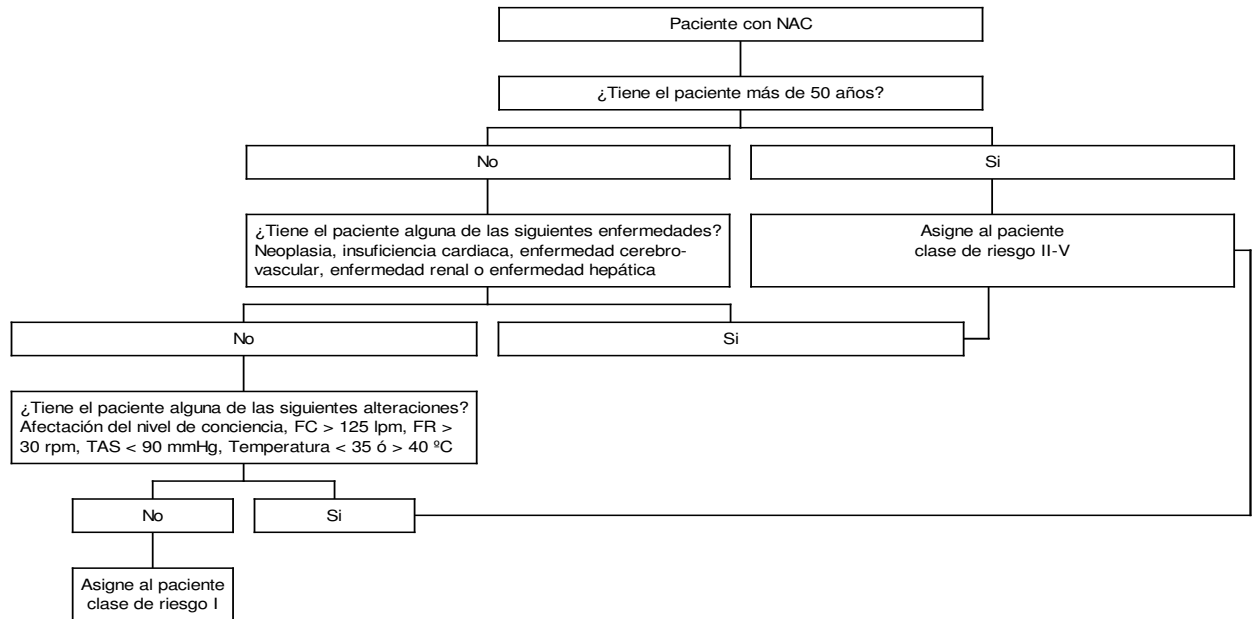


TABLA I. NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD. FACTORES DE RIESGO PARA TILOGIA NO HABITUAL

Senilidad

Patologías crónico debilitantes (comorbilidad)

EPOC

Insuficiencia cardiaca

Cirrosis hepática

Insuficiencia renal crónica

Diabetes mellitus

Alcoholismo

Diversos tipos de inmunodepresión(incluyendo VIH + sin SIDA)

Falta aparente de respuesta a un tratamiento empírico correcto (pasadas 48-72 horas)

Presencia de signos radiológicos indicativos de patógeno no habitual

Sospecha de aspiración

Presentación inicial muy grave

TABLA II. CRITERIOS DE GRAVEDAD EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Inestabilidad hemodinámica

Desorientación o estupor

Trabajo respiratorio importante (FR > 30)

Afectación multilobar

Derrame pleural significativo

Insuficiencia respiratoria (cociente $pO_2/FiO_2 < 30$)

Insuficiencia renal aguda

Leucopenia o leucocitosis severa

Anemia

Hipoalbuminemia

Bacteriemia o afectación metastásica

TABLA III. SISTEMA DE PUNTUACION	
Características del paciente	Puntos asignados
Factores demográficos:	
Edad: Hombres	Edad (en años)
Mujeres	Edad - 10 (en años)
Residentes en institución	+ 10
Enfermedades concomitantes:	
Neoplasias	+ 30
Enfermedad hepática	+ 20
Insuficiencia cardíaca	+ 10
Enfermedad cerebrovascular	+ 10
Enfermedad renal	+ 10
Hallazgos del examen físico:	
Estado mental alterado	+ 20
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm	+ 20
TAS < 90 mmHg	+ 20
Temperatura < 35 ó ≥ 40 °C	+ 15
Frecuencia cardíaca ≥ 125 lpm	+ 10
Hallazgos de laboratorio y radiológicos:	
pH < 7.35	+ 30
Urea > 60 mg/dl	+ 20
Sodio < 130 mEq/l	+ 20
Glucosa > 232 mg/dl	+ 10
Hematocrito < 30%	+ 10
PO ₂ < 60 mmHg	+ 10
Derrame pleural	+ 10

TABLA IV. CLASIFICACION SEGÚN PUNTUACION DE RIESGO

CLASE	PUNTUACION	RIESGO
Clase I	Algoritmo	Bajo
Clase II	≤ 70 puntos	Bajo
Clase III	71-90 puntos	Bajo
Clase IV	91-130 puntos	Moderado
Clase V	> 130 puntos	Alto

DIA	1 ^{er} DIA	2 ^o DIA	3 ^{er} DIA	4-5 ^o DIA	6 ^o DIA	7-8 ^o DIA
EVALUACION Y ASISTENCIA	Atención por médico: Anamnesis y exploración en Urgencias y/o planta. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica. Atención por enfermería: Plan de cuidados.	Atención por médico: Evaluación clínica e Informe alta si se decide. Atención por enfermería: Plan de cuidados	Atención por médico: Valoración clínica e Informe de alta. Atención por enfermería: Plan de cuidados
DETERMINACIONES Y TEST	Analítica: Hemograma, coagulación y bioquímica (Urea, Cr, Iones y Glu). Gasometría arterial basal. Rx torax PA y L. Hemocultivos si fiebre(2). Gram y cultivo esputo.	Analítica de ingreso si no se hizo el 1 ^o día. Serología de neumonía atípica. Gasometria arterial si existía I. Resp.	Gasometría si procede.	Gasometría si procede. Analítica de sangre con hemograma, coagulación y bioquímica. Rx de torax PA y L.		
TRATAMIENTOS MEDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA	Constantes vitales: tª, TA, FR y FC, por turno. Diuresis por turno si se sospecha sepsis. Vía venosa periférica. Fluidoterapia si procede. Oxigenoterapia si I. Resp.	Constantes vitales: tª, TA, FR y FC, por turno. Diuresis cada 24 horas.. Vía venosa periférica. Fluidoterapia si procede. Oxigenoterapia si I. Resp	Constantes vitales: tª, TA, y FC, por turno. Diuresis cada 24 horas. Vía venosa periférica. Fluidoterapia: Valorar retirada. Oxigenoterapia: Valorar retirada	Constantes vitales: tª, TA y FC, por turno. Retirar control diuresis. Retirar vía venosa periférica. Retirar fluidoterapia. Retirar Oxigenoterapia.	Constantes vitales: tª, TA y FC, por turno.	Constantes vitales: tª, TA y FC, por turno.
MEDICACION	Antibióticos: Amoxicilina con Acido Clavulánico 1-2 gr/8h IV, Levofloxacino 500mgr/24h IV Ceftriaxona 1-2gr/24h IV o Cefotaxima 1-2gr/6h IV y/o Claritromicina 500mgr/12h IV u oral. Paracetamol 1gr/6-8h IV u oral o Metamidazol 1amp/6-8h IV si dolor torácico o fiebre. P. gástricos si procede. HBPM si procede.	Antibióticos: Amoxicilina con Acido Clavulánico 1-2 gr/8h IV, Levofloxacino 500mgr/24h IV Ceftriaxona 1-2gr/24h IV o Cefotaxima 1-2gr/6h IV y/o Claritromicina 500mgr/12h IV u oral. Paracetamol 1gr/6-8h IV u oral o Metamidazol 1amp/6-8h IV si dolor torácico o fiebre. P. gástricos si procede. HBPM si procede.	Antibióticos: Amoxicilina con Acido Clavulánico 1-2 gr/8h IV, Levofloxacino 500mgr/24h IV Ceftriaxona 1-2gr/24h IV o Cefotaxima 1-2gr/6h IV y/o Claritromicina 500mgr/12h IV u oral. Paracetamol 1gr/6-8h oral o Metamidazol 1amp/6-8h IV si dolor torácico o fiebre. P. gástricos si procede. HBPM si procede.	Antibióticos vía oral: Amoxicilina con Acido Clavulánico 500-875mgr/8h , Levofloxacino 500mg/24h, Cefuroxima 1gr/12 h, Claritromicina 500mgr/12h Retirar antitermicos y HBPM. P. gástricos si procede.	Antibióticos vía oral: Amoxicilina con Acido Clavulánico 500-875mgr/8h , Levofloxacino 500mg/24h, Cefuroxima 1gr/12 h, Claritromicina 500mgr/12h P. gástricos si procede.	Antibióticos vía oral: Amoxicilina con Acido Clavulánico 500-875mgr/8h , Levofloxacino 500mg/24h, Cefuroxima 1gr/12 h, Claritromicina 500mgr/12h P. gástricos si procede.
ACTIVIDAD	Reposo en cama. Aseo ayudado	Reposo en cama/Levantar al sillón. Aseo ayudado	Levantar al sillón / Deambulación. Aseo normal o ayudado	Deambulación. Aseo normal o ayudado	Deambulación Aseo normal	Deambulación Aseo normal
DIETA	Ayuno/dieta blanda	Dieta blanda	Dieta blanda/normal	Dieta normal	Dieta normal	Dieta normal
INFORMACION Y APOYO	Información a paciente y familiares. C. informado si técnicas de riesgo.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares. Encuesta de satisfacción. Recomendaciones al alta.	Recomendaciones al alta.
CRITERIOS DE ALTA					Mejoría Rx, analítica y clínica. 48 horas afebril.	Mejoría Rx, analítica y clínica. 48 horas afebril

VIA CLINICA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR

DIA Ubicación	CUIDADOS	ACTIVIDAD	MEDICACION	COMIDA
1 Ingreso Urgencias-Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
2 Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
3 Planta				 DIETA BLANDA/NORMAL
4 Planta				 DIETA NORMAL
5 Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
6 Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
7 - 8 Planta	 ALTA		 ORAL	 DIETA NORMAL

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
<p align="center">ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)</p> NOMBRE:..... CAMA:.....	<p align="center">DIA 1 – FECHA: (...../...../.....)</p> <p align="center">INGRESO</p> <p align="center">URGENCIA – PLANTA</p> <p align="center">Hora de ingreso: (...../.....)</p>

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	CONSTANTES VITALES	Temperatura			
		F. Cardíaca			
Plan de cuidados		T. Arterial			
Medición de diuresis por turnos (si procede)				Total	
Hemograma	Gasometría arterial				
Coagulación	Hemocultivo (si fiebre) (X2)				
Bioquímica: Urea, Creatinina, Iones y Glucosa	Radiografía de tórax PA y L				
Vía venosa periférica	Oxigenoterapia (si precisa)				
Fluidoterapia (si presisa)					
Amoxicilina-clavulánico 1-2 g/8 h. IV		Levofloxacino 500 mg/24 h. IV			
Cefotaxima 1-2 g/6 h. IV		Ceftriaxona 1-2 g/24 h. IV			
Claritromicina 500 mg/12 h. oral o IV		Clexane 20-40 mg/24 h. (si precisa)			
Paracetamol 1 g/8 h. oral o IV (si fiebre o dolor)		Nolotil 1 ampolla /8 h. IV (si fiebre o dolor)			
Ranitidina 50 mg/12 h. IV (si precisa)					

MEDICO

Anamnesis	Exploración
Petición de pruebas complementarias	Tratamiento
Información al paciente y familiares	

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA

Firma

Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.

Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
<p align="center">ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)</p> <p>NOMBRE:.....</p> <p>CAMA:.....</p>	<p align="center">DIA 2 – FECHA: (...../...../.....)</p> <p align="center">PLANTA</p>

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	CONSTANTES VITALES	Temperatura			
		F. Cardíaca			
Plan de cuidados		T. Arterial			
Medición de diuresis 24 horas					
Analítica de ingreso		Gasometría arterial (si procede)			
Serología neumonía atípica.					
Vía venosa periférica		Osigenoterapia (si precisa)			
Fluidoterapia (si precisa)					
Amoxicilina-clavulánico 1-2 g/8 h. IV		Levofloxacino 500 mg/24 h. IV			
Cefotaxima 1-2 g/6 h. IV		Ceftriaxona 1-2 g/24 h. IV			
Claritromicina 500 mg/12 h. oral o IV		Clexane 20-40 mg/24 h. (si precisa)			
Paracetamol 1 g/8 h. oral (si fiebre o dolor)		Nolotil 1 ampolla /8 h. IV (si fiebre o dolor)			
Ranitidina 50 mg/12 h.IV (si precisa)					

MEDICO

Anamnesis		Exploración
Valoración de pruebas complementarias		Tratamiento
Información al paciente y familiares		

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	DIA 3 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	CONSTANTES VITALES	Temperatura			
		F. Cardíaca			
Plan de cuidados		T. Arterial			
Medición de diuresis 24 horas					
		Gasometría arterial (si procede)			
Vía venosa periférica		Oxigenoterapia (si precisa)			
Fluidoterapia (si precisa)					
Amoxicilina-clavulánico 1-2 g/8 h. IV			Levofloxacino 500 mg/24 h. IV		
Cefotaxima 1-2 g/6 h. IV			Ceftriaxona 1-2 g/24 h. IV		
Claritromicina 500 mg/12 h. oral o IV			Clexane 20-40 mg/24 h. (si precisa)		
Paracetamol 1 g/8 h. oral (si fiebre o dolor)			Nolotil 1 ampolla /8 h. IV (si fiebre o dolor)		
Ranitidina 50 mg/12 h. IV (si precisa)					

MEDICO

Evaluación clínica	Exploración
Valoración de analítica	Tratamiento
Información al paciente y familiares	

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	DIA 4 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	CONSTANTES VITALES	Temperatura			
		F. Cardíaca			
Plan de cuidados		T. Arterial			
Vía venosa periférica		Gasometría arterial (si procede)			
Fluidoterapia si precisa		Oxigenoterapia (si precisa)			
Amoxicilina-clavulánico 1-2 g/8 h. IV u 500-875 mg/8 h. oral		Levofloxacino 500 mg/24 h. oral o IV			
Cefotaxima 1-2 g/6 h. IV		Ceftriaxona 1-2 g/24 h. IV			
Clarithromicina 500 mg/12 h. oral o IV		Cefuroxima 1g/12 h. oral			
Ranitidina 300 mg/24 h. oral (si precisa)					

MEDICO

Evaluación clínica	Exploración
Petición de pruebas complementarias	Tratamiento
Información al paciente y familiares	

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	DIA 5 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería		CONSTANTES VITALES	Temperatura			
			F. Cardíaca			
Plan de cuidados			T. Arterial			
Radiografía de tórax PA y L		Gasometría arterial (si procede)				
Hemograma		Bioquímica				
Retirar vía venosa periférica						
Amoxi-clavulánico 500-875 mg/8 h. oral			Levofloxacino 500 mg/24 h. oral			
Claritromicina 500 mg/12 h. oral			Cefuroxima 1 g/12 h. oral			
Ranitidina 300 mg/24 h. oral (si precisa)						

MEDICO

Evaluación clínica		Exploración	
Valoración de pruebas complementarias		Tratamiento	
Información al paciente y familiares			

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	DIA 6 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		T. Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuesta de satisfacción						
Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levofloxacino 500 mg/24 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claritromicina 500 mg/12 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefuroxima 1 g/12 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranitidina 300 mg/24 h. oral (si precisa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICO

Valoración clínica	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>
Valoración pruebas complementarias	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>
Valorar criterios de alta/Informe de alta	<input type="checkbox"/>	Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	DIA 7 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería		CONSTANTES VITALES	Temperatura			
			F. Cardíaca			
Plan de cuidados			T. Arterial			
Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8 h. oral			Levofloxacino 500 mg/24 h. oral			
Claritromicina 500 mg/12 h. oral			Cefuroxima 1 g/12 h oral			
Ranitidina 300 mg/24 h. oral (si precisa)						

MEDICO

Evaluación clínica		Exploración	
Información al paciente y familiares			
Recomendaciones al alta/Informe de alta			

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

UNIDAD DE NEUMOLOGIA	DR:
<p style="text-align: center;">ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente)</p> <p>NOMBRE:.....</p> <p>CAMA:.....</p>	<p style="text-align: center;">DIA 8 – FECHA: (...../...../.....)</p> <p style="text-align: center;">PLANTA</p>

Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado

ENFERMERIA

Valoración de enfermería	<input type="checkbox"/>	CONSTANTES VITALES	Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		F. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de cuidados	<input type="checkbox"/>		T. Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levofloxacino 500 mg/24 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claritromicina 500 mg/12 h. oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefuroxima 1 g/12 h oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranitidina 300 mg/24 h. oral (si precisa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICO

Evaluación clínica	<input type="checkbox"/>	Exploración	<input type="checkbox"/>
Información al paciente y familiares	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Recomendaciones al alta/Informe de alta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL ENFERMO/FAMILIAR VIACLINICA DE NEUMONIA COMUNITARIA CON INGRESO

SERVICIO DE NEUMOLOGIA, DR:.....

Fecha de ingreso:/...../..... Fecha de alta:/...../..... Fecha actual:/...../.....

Por favor recuerde que se le pregunta en cada cosa «Lo que ha recibido» y «Lo que desea y espera recibir»
Marque con una “X” lo que proceda: 1: Nivel más bajo o lo peor 10: Nivel más alto o lo mejor

¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?											SI	NO
¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha cuidado?											SI	NO
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre del médico que le ha atendido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre de la enfermera que le ha cuidado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Le enseñaron y explicaron los dibujos informativos de su estancia en el hospital?											SI	NO
¿Cómo valora usted que se le informe de las atenciones que va a recibir?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Coincidió su estancia con lo que en esa hoja se le explico?											SI	NO
¿Qué importancia le da usted a que coincida lo planificado con lo realizado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Nivel más bajo Nivel más alto

¿Qué mejoría del dolor ha tenido en los primeros días en el hospital ?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted al alivio del dolor?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué mejoría de la sensación de falta de aire obtuvo en los primeros días?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a que se resuelva esta sensación de falta de aire?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué mejoría del estado general sintió usted en los primeros días?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la mejoría del estado general?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Cómo cree que le informaron de su enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a estar informado de su enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Se ajustó el tiempo de visitas a lo esperado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a tener visitas en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la limpieza de la habitación donde ha estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la limpieza de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Qué le pareció la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué importancia le da usted a la cantidad y calidad de la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

¿Recomendaría a un familiar los servicios de este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
¿Qué valor le da usted a la atención recibida en este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. ¿Desea hacer alguna sugerencia adicional?. Por favor díganos:

Lo que menos le ha gustado:
Lo que más le ha gustado:

Gracias por su atención