

HOJA RECOGIDA DE DATOS PROYECTO NEFRONA (DP): SEGUIMIENTO

<u>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN</u>	
Centro:	Numero historia clínica:
<u>DATOS ESPECIFICOS ENFERMEDAD RENAL</u> Fecha ____/____/____	
Visita: V1 V2 V4	
Transplante renal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha transplante renal (dd.mm.aaaa):
Motivo pérdida seguimiento: muerte cambio centro negativa paciente otros	
Fecha muerte paciente (dd.mm.aaaa):	Muerte causa cardiovascular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Causa muerte cardiovascular (lista 1):	Causa muerte no cardiovascular (lista 2):
EVENTOS CV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha evento CV (dd.mm.aaaa): Tipo/s evento/s CV (lista 3):	
<u>PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL:</u> Fecha inicio __/__/____	
Tipo: Automática-DPA Manual-DPCA Tipo_DPA: DPCC-24 h DPN (día seco)	
Tipo de transporte peritoneal: bajo medio-bajo medio-alto alto	
Utilización ICOdextrina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Utilización soluciones ↓ PDG: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
V total liquido infundido (ml):	V total líquido drenado (ml):
V diuresis (ml):	Función renal residual (ml/min):
Kt/V total: Kt/V peritoneal:	Baño Ca: 2,5 mEq/l 3,5 mEq/l otras
Peritonitis (ultimo año): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número peritonitis:
<u>COMORBILIDAD:</u> Diabetes Mellitus: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dislipemia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historia familiar ECV prematura: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paratiroidectomía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Virus hepatitis C: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<u>DATOS ANALÍTICA</u> Fecha ____/____/____	
Hemoglobina:	Hb glicada:
Hematocrito:	Insulina:
Fe/Transferrina:	Calcio total:
Ferritina:	Fosforo:
AST:	Albúmina:
ALT:	Urea:
Colesterol total:	Ácido úrico:
C-HDL/C-LDL:	Na:
Triglicéridos	K:
APOB/APOA1:	PTHi:
Glucosa:	Creatinina:
<u>TRATAMIENTO ACTUAL</u>	
	Antiagregantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Acenocumarol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo hipotensor (lista 4):	Calciomimeticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estimulantes eritropoyesis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo estatina: Dosis:	Tipo (lista 6)
Fibratos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fe IV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ezetimiba: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quelantes P con calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Omega 3: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre comercial (lista 5):
Insulina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número unidades diarias:
Antidiabéticos orales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quelantes P sin calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
VitD:	
- Calcitriol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Paricalcitol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Colecalciferol (vit D3): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (UI): Fecha suspensión*:
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Calcifediol (Hidroferol®): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:
- Alfalcidol (Etalpa®) : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dosis semanal (mcg):
	Fecha inicio: Fecha suspensión*:

* suspensión: sin tratamiento más de 3 meses

LISTA 1: CAUSAS MUERTE ORIGEN CARDIOVASCULAR (CV)

0	isquemia miocárdica e infarto
1	hiperpotasemia/arritmia
2	insuficiencia cardiaca
3	accidente cerebrovascular (isquémico o hemorrágico)
4	hemorragia por ruptura aneurisma
5	infarto mesentérico
6	muerte súbita
7	otras (especificar)

LISTA 2: CAUSAS MUERTE ORIGEN NO CARDIOVASCULAR (NO CV)

0	infecciones
1	neoplasia
2	accidente
3	renal, uremia
4	otras (especificar)
5	no determinada
6	desconocida

LISTA 3: TIPO EVENTO CARDIOVASCULAR (CV)

0	angina de pecho
1	infarto agudo miocardio
2	accidente isquemico transitorio
3	infarto cerebral
4	hemorragia subaracnoidea
5	hemorragia intracerebral
6	insuficiencia cardiaca
7	arritmia cardiaca
8	aterosclerosis EEII
9	aneurisma aorta
10	otros (especificar)

LISTA 4: TIPO DE TRATAMIENTO HIPOTENSOR

1	antagonistas calcio
2	IECAS
3	ARA-II
4	diuréticos
5	α -bloqueante
6	β -bloqueante
7	α/β -bloqueante
8	Inhibidor directo renina
9	otros

INDICAR TODOS LOS TIPOS DE HIPOTENSORES SI TRATAMIENTO COMBINADO

LISTA 5: NOMBRES COMERCIALES QUELANTES P CON CALCIO

1	Caosina® sobres
2	Carbocal® comprimidos
3	Cimascal® comprimidos
4	Dentiscal® comprimidos
5	Mastical® 1,25g comprimidos
6	Mastical® 500mg comprimidos
7	Natecal® comprimidos
8	Oscaren® comprimidos
9	Royen® capsulas
10	Royen® sobres
11	NS/NC

LISTADO 6: TIPO DE ESTIMULADORES ERITROPOYESIS

1	Eritropoyetina alfa
2	Eritropoyetina beta
3	Eritropoyetina zeta
4	Darbepoetina
5	Cera