

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PROYECTO NEFRONA (DP): VISITA 0

<u>CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN</u>		Nº historia clínica:	
Centro:		Médico responsable:	
Sexo: V M		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
<u>DATOS ESPECIFICOS ENFERMEDAD RENAL</u>		Fecha ____/____/____	
Causa IR (listado 1):			
<u>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 líquido 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"/>		Nº peritonitis:	
<u>COMORBILIDAD:</u>			
Hipertensión arterial: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Historia familiar ECV prematura (antes 55 años en	
Insuficiencia cardiaca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		♂ y antes 65 años en ♀): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fibrilación auricular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Paratiroidectomía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Diabetes Mellitus: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Virus hepatitis C: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dislipemia: 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:		Acido úrico: Insulina:	
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"/>	
Tipo hipotensor (listado 2):		Acenocumarol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Calciomiméticos: 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 (listado 4)	
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"/>	
Omega3: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre comercial (listado 3):	
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 inicio: Fecha suspensión*:	
- Calcifediol (Hidroferol®): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis semanal (mcg):			
		Fecha inicio: Fecha suspensión*:	
- Alfacalcidol (Etalpa®) : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dosis semanal (mcg):			
		Fecha inicio: Fecha suspensión*:	

* suspensión: sin tratamiento más de 3 meses

LISTADO 1: CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

0	Nefropatía glomerular
1	enfermedad vascular (nefroangioesclerosis, isquémicas)
2	nefropatía diabética
3	enfermedades metabólicas (cistinosis, oxalosis, gota, hipercalcemia, enfermedad de Fabry)
4	nefropatías tubulointersticiales. Pielonefritis
5	Nefropatías por fármacos o tóxicos
6	Enfermedades quísticas (poliquistosis, nefronoptosis, enfermedad quística medular)
7	displasia o hipoplasia renal
8	nefropatía hereditaria
9	enfermedad sistémica (vasculitis, LES, esclerodermia, enfermedad de Schönlein-Henoch, sd. Hemolítico-urémico, enfermedad de Goodpasture)
10	Mieloma múltiple y amiloidosis
11	otras (tumor renal, traumatismos o exeresis quirúrgica, TBC renal, nefropatía asociada VIH)
12	no filiadas

LISTADO 2: 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 fármacos hipotensores en el caso de tratamiento combinado.

LISTADO 3: 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 4: TIPO DE ESTIMULADORES ERITROPOYESIS

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