

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PROYECTO NEFRONA (HD): 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>HEMODIÁLISIS:</u>		Fecha inicio ____/____/____	
Número horas semanales HD:		Frecuencia HD: 3 d/semana 4d/semana >/= 5dsemana	
Tipo HD: convencional alto flujo ¹		hemodiafiltración Kt/V (último):	
Baño Ca: 2,5 mEq/l 3 mEq/l 3,5 mEq/l otras			
Acceso vascular actual: catéter FAVI prótesis			
<u>COMORBILIDAD ACTUAL O ANTECEDENTES:</u>			
Hipertensión arterial:		Historia familiar ECV prematura (antes 55 años en	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		♂ y antes 65 años en ♀):	
Insuficiencia cardiaca:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Paratiroidectomía:	
Fibrilación auricular:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Virus hepatitis C:	
Diabetes Mellitus:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dislipemia:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<u>DATOS ANALÍTICA</u>		Fecha ____/____/____	
Hemoglobina		Insulina:	
Hematocrito:		Calcio total:	
Fe/Transferrina:		Fosforo:	
Ferritina:		Albúmina:	
AST:		Urea:	
ALT:		Acido úrico:	
Colesterol total:		Na:	
C-HDL/C-LDL:		K:	
Triglicéridos:		PTHi:	
APOB/APOA1:		Creatinina:	
Glucosa:		Microalbuminuria (muestra de orina):	
Hb glicada:		Albúmina/creatinina (muestra de orina):	
<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"/>	
Estatinas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Calcimiméticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo estatina: Dosis:		Estimulantes eritropoyesis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fibratos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo (listado 4)	
Ezetimiba: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fe IV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Omega 3 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Quelantes P con calcio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Insulina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre comercial (listado 3):	
Antidiabéticos orales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número unidades diarias:	
		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

¹ CUF >20

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