

Grupo de estudio: AMPERC
Alteraciones Metabólicas en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica

CENTRO

PACIENTE N° RECOLECCIÓN FECHA: / /

Los datos deben ser recolectados cada año durante tres años

Año de evaluación N° 0 (inicial) 1 2 3 (Circule lo que corresponda)

Protocolo iniciado en centro.....PACIENTE N°

Profesional que realiza el seguimiento del paciente: (Marque todos los que correspondan)

Médico nefrólogo	<input type="checkbox"/>	Médico clínico	<input type="checkbox"/>
Médico diabético	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Cardiólogo	<input type="checkbox"/>		

1. DATOS FILIATORIOS, EDUCACIÓN Y COBERTURA

Apellido y Nombres: _____

Género: Masculino Femenino (Marque lo que corresponda)

Fecha de nacimiento: / /

Lugar de nacimiento: _____

Domicilio actual: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado Viudo

Nivel de educación:

(Marque sólo una opción, el máximo nivel educativo alcanzado)

Analfabeto	<input type="checkbox"/>		
Primaria	<input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>
Terciaria/Universitaria	<input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>

Cobertura: Estatal Obra social Prepaga

Cuál.....

2. TRABAJO

Capacitación laboral:

(Marque lo que corresponda)

- Profesional
- Técnico/Ocupación intermedia
- Trabajador manual calificado
- Trabajador manual no calificado

Capacidad laboral y ocupación efectiva:

(Marque lo que corresponda)

Capacidad Laboral	Ocupación Efectiva	Debido a:
Capaz de trabajar tiempo completo <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No consigue trabajo <input type="checkbox"/> Jubilación por edad <input type="checkbox"/> Otros:
Capaz de trabajar tiempo parcial <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No consigue trabajo <input type="checkbox"/> Jubilación por edad <input type="checkbox"/> Otros:
Incapaz de trabajar <input type="checkbox"/>		Jubilado por Enfermedad <input type="checkbox"/> Jubilado por Incapacidad <input type="checkbox"/> Otros:

4. COMORBILIDADES: marque lo que corresponde no olvide la fecha de inicio

Enfermedades preexistentes al momento de ingreso a protocolo o desarrolladas en el seguimiento

Fecha de diagnóstico
Mes/Año (mm/aaaa)

A) Trastornos Cardiovasculares.

Si / No / Desc.		/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1- Angina Persistente o Infarto de Miocardio.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2- Hipertensión. Edad al Diagnóstico: ___ años.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3- Arritmia.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5- Pericarditis (frote y/o derrame ant. y/o post.).	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6- Hipertrofia V.I diagnosticada por: RX Tórax <input type="checkbox"/> E.C.G <input type="checkbox"/> E.C.O. <input type="checkbox"/>	/

B) Enfermedades Respiratorias.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7- Asma.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8- EPOC.	/

C) Diabetes.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9- Presencia de diabetes Edad al Diagnóstico: ___ años.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10- Hipoglucemiantes. Fecha de inicio	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11- Insulina. Fecha de inicio	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12- Retinopatía diabética, hipertensiva otra. <input type="checkbox"/> Diabética Proliferativa <input type="checkbox"/> Diabética No proliferativa <input type="checkbox"/> Amaurosis <input type="checkbox"/> Fotocoagulado	/

D) Neuropatía Autonómica.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13- Hipotensión Ortostática.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14- Gastroparesia.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15- Diarrea/ Constipación.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16- Cistopatía.	/

E) Trastornos Neurológicos.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17. Neuropatía Periférica.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18- Enfermedad Cerebrovascular.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19- Enfermedad Degenerativa Central.	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20- Paciente presentó Coma	/
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21- Deterioro Encefálico Severo.	/

F) Enfermedad Vascular Periférica.

22- Déficit de pulso sin amputación.

23- Déficit de pulso con amputación.

G) Infecciones

(Excluidas las de acceso vascular o peritonitis en DP)

24- TBC. Activa. Antecedente

25- HIV.

26- Enfermedad de Chagas.

H) Paraproteinemia.

27-Mieloma múltiple

I) Neoplasia.

28- ¿Cuál? _____

5. ACTIVIDAD FÍSICA

Durante la última semana, cuántos días realizó actividad física?

-Actividades intensas (correr, deportes): Días No realizó
 Tiempo en minutos por día: _____

-Actividades moderadas (tareas del hogar, jardinería): Días No realizó
 Tiempo en minutos por día: _____

-Caminata: Días No realizó
 Tiempo en minutos por día: _____

6. TABAQUISMO (ver instructivo):

Fuma actualmente? Sí No, dejó de fumar No, nunca fumó

Si fumó alguna vez, edad de inicio

Si fuma actualmente, cantidad de cigarrillos diarios promedio:

Si dejó, cuanto hace que dejó de fumar: meses años

Durante la última semana, cuántos días alguna persona fumó delante suyo?

Si fuma actualmente: Otros productos de tabaco (cigarros, pipa): Si No

9. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

Antecedentes psiquiátricos: (Marque lo que corresponda)

Sí No

Diagnóstico.....

Psicofármacos o Drogas (marihuana, cocaína etc): (Marque lo que corresponda)

Sí No

Droga al momento de interrogatorio	Dosis Aclare veces por día / veces por semana	Fecha de inicio
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	
	/	

10. ANTECEDENTES HEEREDOFAMILIARES

Antecedentes familiares (hasta primer grado: padres, hermanos, hijos)

	SÍ	NO
Enfermedad renal		
Hipertensión arterial		
Diabetes		
Obesidad		
Gota		
Episodio cardiovascular en familiares varones menores de 55 años o en familiares mujeres menores de 65 años		

11. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Número de personas con las que convive: niños adultos:

Número de habitaciones de la vivienda:

Ingreso total mensual del grupo que convive:

< de 500 500-1000 1000-2000 > de 2000 NO INFORMA

12. EXAMEN FÍSICO Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS (Ver Anexos 3, 4, 5, 6)
(Los datos deben corresponder al día de inicio de protocolo y a las fechas de visita del seguimiento)

Talla (en cm)

Peso (en kg)

Peso seco estimado (en kg)

Cintura (en cm)

(Ver altura de medición en anexo)

Cadera (en cm)

(Ver altura de medición en anexo)

Presión arterial (mm Hg):

Consultorio

Realiza control en domicilio

MAPA(último año): Sí No

Evaluación cardiológico (último año): Sí No

Los siguientes cuatro análisis complementarios se determinarán una sola vez al año (Ver anexo 7)

Prueba de tolerancia a la glucosa

Fecha:

Valor basal 120 minutos

HB glicosilada total:

Fecha:

Valor No realiza

HBA1C:

Fecha:

Valor No realiza

Fructosamina

Fecha:

Valor No realiza

Insulinemia en ayunas (En el momento de inicio del protocolo)

Fecha:

Valor basal No realiza

13. LABORATORIO DE INGRESO Y SEGUIMIENTO

MEDICIONES	Valor de la determinación más reciente (6meses)	Unidad de medición	No realiza Último año
Hematocrito			
Hemoglobina			
Ferritina ²			
Ferremia			
Saturación plaquetas			
Recuento de blancos			
Creatininemia ^{1,2}			
Creatininuria ¹			
Urea ¹			
Urea pre diálisis ²			
Urea post diálisis ²			
Urea orina			
Úrico ^{1,2}			
Ionograma sangre Na			
Ionograma sangre K			
Ionograma orina Na			
Ionograma orina K			
Colesterol total ^{1,2}			
HDL ^{1,2}			
LDL ^{1,2}			
Triglicéridos ^{1,2}			
Albúmina sérica			
TGO			
TGP			
Microalbuminuria			
Proteinuria ¹			
Hepatitis C ² (valor o positivo- negativo)			
AntiHbs (valor o positivo- negativo)			
Anticore ² (valor o positivo- negativo)			
Antígeno B ² (valor o positivo- negativo)			
Calcio			
Fósforo			
Fosfatasa alcalina			
PTH (molécula intacta) ²			
PCR			
Filtrado glomerular MDRD ¹			
Clearence de creatinina			
Diuresis ^{1,2}			
Vitamina D			
Otra considere significativo			
Otra considere significativo			

¹ Datos obligatorios en pacientes con tratamiento conservador

² Datos obligatorios en pacientes con tratamiento sustitutivo

14. DATOS EXCLUSIVOS PARA PACIENTES EN HEMODIALISIS

Cantidad total de pacientes en diálisis del centro de referencia:

Fecha de primera diálisis:

Fecha de ingreso a diálisis en este centro:

Fecha de interrupción:

Fecha de reingreso:

Acceso vascular: al ingreso a diálisis
(Marque lo que corresponda)

Transitorio Permanente
(Fístula) (Prótesis) (Catéter)

Cantidad de accesos vasculares (incluye catéteres fístulas o prótesis)
realizado hasta actualidad:

Prótesis vasculares no funcionantes no extraídas:

Peso (Se anotarán los pesos de ingreso y egreso) a diálisis registrados durante la semana de recolección de los datos)

Predialisis:

Peso 1 **Peso 2** **Peso 3**

Post diálisis

Peso 1 **Peso 2** **Peso 3**

Presión arterial paciente sentado después de 5 minutos de descanso (Se anotarán los valores de presión arterial pre y postdiálisis registrados durante la semana de recolección de datos)

Prediálisis 1 **Prediálisis 2** **Prediálisis 3**

Postdiálisis 1 **Postdiálisis 2** **Postdiálisis 3**

MAPA (pacientes en diálisis) Sí No

15. Egreso del protocolo (marque lo que corresponda) Fecha

- Decisión del paciente
- Pérdida de seguimiento (Tto conservador)
- Abandono tratamiento sustitutivo
- Traslado a centro que no realiza protocolo
- Traslado a centro que realiza protocolo

Cuál?.....

- Interrupción por indicación médica
- Cambio de modalidad de tratamiento
 - Pasa a Hemodiálisis
 - Trasplante
 - Pasa a Diálisis Peritoneal
 - Fallecimiento

- Causa
- Desconocida
 - Infecciosa
 - Cerebrovascular
 - Cardíaca
 - Neoplasia
 - otra

No se conoce causa de egreso

AMPERC: Sub grupo: Evaluación Cardiovascular

INFORME DEL MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Resumen Diario				
	Mínimo	Promedio	Máximo	DS
Sistólica				
Diastólica				
PAM				
FC				

% lecturas de sistólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% lecturas de diastólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la sistólica excede límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la diastólica excede límites del período	<input type="text"/>	%

Período Diurno Valores: Sistólica 135 Diastólica 85 *				
	Mínimo	Promedio	Máximo	DS
Sistólica				
Diastólica				
PAM				
FC				

% lecturas de sistólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% lecturas de diastólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la sistólica excede límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la diastólica excede límites del período	<input type="text"/>	%

* Descartar valores registrados durante la siesta o descansos para los valores diurnos

Período Nocturno Valores: Sistólica 120 Diastólica 75 *				
	Mínimo	Promedio	Máximo	DS
Sistólica				
Diastólica				
PAM				
FC				

% lecturas de sistólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% lecturas de diastólica excediendo límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la sistólica excede límites del período	<input type="text"/>	%
% tiempo que la diastólica excede límites del período	<input type="text"/>	%

* Se debe considerar período nocturno solamente si el paciente refiere haber dormido.

Electrocardiografía: Sistema de puntuación de Romhilt Estes Para detección de Hipertrofia Ventricular Izquierda

Característica	Puntos	Paciente
<i>Amplitud</i> - Onda R o S en una derivación de los miembros mayor o igual a 20 mm. - Onda S en V1 o V2 de 30 mm o más. - Onda R en V5 o V6 de 30 mm o más.	3	
Negatividad de la onda P en V1 de 1 mm o más de profundidad y 0.04 s o más de duración.	3	
Vector del segmento ST y onda T opuesto al vector de QRS.	3 <small>en pacientes digitalizados se reduce a 1.</small>	
Eje de QRS de 30° o más.	2	
Duración del complejo QRS de mas de 0.09 segundo o más.	1	
Deflexión intrínsecoide (tiempo de activación ventricular) de 0.05 o más en V1 o V6.	1	
Total Score del Paciente		

para diagnóstico electrocardiográfico de hipertrofia ventricular izquierda.
Un puntaje de 5 indica HVI, con 4 puntos la probabilidad es elevada.

Ecocardiografía

Diámetro Diastólico del Ventriculo Izquierdo: DDVI

Septum en Diástole: SMD

Pared Posterior: PPM

Fracción de acortamiento

Fracción de eyección

Espesor septal diastólico

Espesor diastólico de pared posterior

Diaméto diastólico de Aurícula Izquierda

Diámetro de Raíz Aórtica
