

## Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de VASCULITIS ANCA

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años    Sexo:  Femenino     Masculino    Institución de origen \_\_\_\_\_

### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Granulomatosis con poliangeitis (GPA, ex Wegener)  
 Poliangeitis Microscópica (PAM)  
 Vasculitis asociada a ANCA limitada al riñón

### SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Refractariedad:     No     Si

Tratamientos recibidos (últimas 4 semanas):

Ciclofosfamida - Dosis acumulada total (g) : \_\_\_ \_\_ , \_\_\_

Metilprednisona:     No     Si    Dosis acumulada (mg): \_\_\_\_\_

Prednisona - Dosis diaria actual (mg): \_\_\_\_\_

Otros corticoides:     No     Si    Especifique: \_\_\_\_\_

Plasmaferesis:     Si     No

Inmunoglobulinas:     Si     No

Micofenolato - Dosis actual (mg): \_\_\_\_\_

Otros inmunosupresores:     No     Si    Especifique: \_\_\_\_\_

Recaída:     No     Si

Tratamientos recibidos (año previo):

Ciclofosfamida - Dosis acumulada total (g) : \_\_\_ \_\_ , \_\_\_

Metilprednisona:     Si     No

Prednisona (Últimas 12 semanas):    Dosis máxima (mg): \_\_\_ \_\_    Dosis diaria actual (mg): \_\_\_ \_\_

Otros corticoides:     No     Si    Especifique: \_\_\_\_\_

Plasmaferesis:     Si     No

Inmunoglobulinas:     Si     No

Micofenolato - Dosis actual (mg): \_\_\_\_\_

Otros inmunosupresores:     No     Si    Especifique: \_\_\_\_\_

Internaciones (últimos 6 meses):     No     Si    N° de días en cuidados moderados: \_\_\_ \_\_ \_\_

N° de días en cuidados especiales: \_\_\_ \_\_ \_\_

**BVAS** (Marque lo que corresponda a las últimas 4 semanas):

<p><b>1. Síntomas generales</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Mialgia</p> <p><input type="checkbox"/> Artralgia / artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre <math>\geq 38^\circ</math> C</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de peso <math>\geq 2</math> kg</p>	<p><b>6. Cardiovascular</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Ausencia de pulsos periféricos</p> <p><input type="checkbox"/> Compromiso valvular (preferentemente detectado por ecocardiograma)</p> <p><input type="checkbox"/> Pericarditis</p> <p><input type="checkbox"/> Angor</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (deterioro de la función cardíaca confirmada por ecocardiograma)</p> <p><input type="checkbox"/> Falla cardíaca congestiva</p>
<p><b>2. Lesiones cutáneas</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto</p> <p><input type="checkbox"/> Púrpura</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera</p> <p><input type="checkbox"/> Gangrena (necrosis tisular extensa)</p> <p><input type="checkbox"/> Otras manifestaciones cutáneas (livedo, nódulos subcutáneos, eritema nodoso)</p>	<p><b>7. Abdominal</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Peritonitis</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea con sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor abdominal isquémico (isquemia intestinal confirmada por imagen o cirugía)</p>
<p><b>3. Mucosas/membranas/ojos</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras orales</p> <p><input type="checkbox"/> Úlceras genitales</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamación de glándulas salivales o sudoríparas</p> <p><input type="checkbox"/> Proptosis significativa (<math>&gt; 2</math> mm de los glóbulos oculares)</p> <p><input type="checkbox"/> Escleritis / epiescleritis</p> <p><input type="checkbox"/> Conjuntivitis / queratitis / blefaritis</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida súbita de la visión</p> <p><input type="checkbox"/> Uveítis</p> <p><input type="checkbox"/> Cambios retinianos (vasculitis / trombosis / exudados / hemorragias)</p>	<p><b>8. Renal</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión (PA diastólica <math>&gt; 95</math> mm Hg)</p> <p><input type="checkbox"/> Proteinuria <math>1+ o &gt; 0,2</math> g/24 horas o cociente prot/crea <math>&gt; 0,2</math></p> <p><input type="checkbox"/> Hematuria <math>\geq 10</math> glóbulos rojos / campo de gran aumento</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina sérica 1,41 – 2,82 mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina sérica 2,83 – 5,64 mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina sérica <math>\geq 5,65</math> mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento de la creatinina sérica <math>&gt; 30\%</math> o caída del filtrado glomerular <math>&gt; 25\%</math></p>
<p><b>4. ORL</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado nasal, cicatrices, úlceras o granulomas observados en la rinoscopia</p> <p><input type="checkbox"/> Compromiso de senos paranasales (dolor, sensibilidad, ocupación, usualmente confirmado por imagen)</p> <p><input type="checkbox"/> Estenosis subglótica (observado en la laringoscopia)</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la agudeza auditiva de tipo conductiva (por compromiso del oído medio, confirmado por audiograma)</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la agudeza auditiva de tipo neurosensorial (por compromiso coclear o del nervio auditivo, confirmado por audiometría)</p>	<p><b>9. Sistema Nervioso</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Cefalea (persistente o inhabitual)</p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis</p> <p><input type="checkbox"/> Confusión mental</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones (observadas o actividad epileptógena en EEG)</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome Medular (clínico o imagenológico)</p> <p><input type="checkbox"/> Parálisis de nervios faciales (excluido el compromiso neurosensorial del VIII par y el de los oculomotores derivado de la presencia de masas retroorbitarias)</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropatía sensorial periférica</p> <p><input type="checkbox"/> Mononeuritis múltiple</p>
<p><b>5. Respiratorio</b>      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias al examen físico</p> <p><input type="checkbox"/> Nódulos o cavidades (nuevas, detectadas en imagen)</p> <p><input type="checkbox"/> Derrame pleural / pleuresía</p> <p><input type="checkbox"/> Infiltrados pulmonares (detectados en Radiografía o TC de Tórax)</p> <p><input type="checkbox"/> Compromiso endobronquial (pseudotumor o lesiones ulceradas endobronquiales)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemoptisis masiva / hemorragia alveolar*</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria con necesidad de asistencia ventilatoria</p>	<p><b>PUNTAJE TOTAL BVAS:</b> ____ (0-60)</p>

--	--

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES:**     No     Si

- Hipertensión arterial
- Arritmias
- Insuficiencia cardíaca  
     FEVI: \_\_\_ % Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Otros

**RESPIRATORIOS:**     No     Si

- Asma                             TBC
- EPOC                            Otros

**DIGESTIVOS:**             No     Si

- Hepatopatía                     Hepatitis tóxica
- Hepatitis autoinmune

**ENDÓCRINOS METABOLICOS:**     No     Si

- Diabetes                             Otros
- Patología tiroidea

**NEUROLÓGICOS:**     No     Si

- ACV                                     Polineuropatía previa
- Deterioro cognitivo             Otros
- Epilepsia

**NEFRO UROLOGICOS:**     No     Si

- Insuficiencia renal ( de otra etiología)
- Nefropatía ( de otra etiología)
- Terapia de sustitución de la función renal
- Otros. Cuales \_\_\_\_\_

**HEMATOLÓGICOS:**                             No     Si

- Trastornos hemorrágicos
- Anemia
- Estados trombofílicos
- Otros. Cuales \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS:**     No     Si

Cuál? \_\_\_\_\_

**OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES:**     No     Si

- LES                             Artritis reumatoidea
- Otras. Cuales \_\_\_\_\_

**OTROS :**                             No     Si

- Alergia severa a farmacos
- VIH                                     Infertilidad
- Alcoholismo                     Tabaquismo
- Otros \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)**

- I- Actividad irrestricta                             II- Actividad normal con limitaciones
- III- Actividad muy limitada                     IV- Incapacidad de cuidarse

**PARACLÍNICA**

ANCA PR3 (titulado): Fracción: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ANCA MPO (titulado): Fracción: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Creatininemia (ml/dl): \_\_\_\_, \_\_

Cociente Prot/Crea (g/g): \_\_\_\_

Hemoglobina (g/dl): \_\_\_ , \_\_\_

Glóbulos blancos (cel/ml): \_\_\_\_\_

Serología de VHB:            Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Antígeno de superficie:     Positivo             Negativo

Anticore:                       Positivo             Negativo

Títulos del Ac anti Ag de superficie: \_\_\_ \_\_\_

---

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**

Rituximab                      Dosis (mg): \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA