

Instructivo de Registro de pacientes. Programa de Salud Renal

El objetivo del Registro de pacientes es conocer las características epidemiológicas de la Enfermedad Renal Crónica en Uruguay, optimizar el seguimiento de pacientes y analizar los resultados de la actividad médica.

Se crearán “**Grupos de Salud Renal**”: conjunto de Nefrólogos que trabajan en Nefroprevención reunidos ya sea por lugar de trabajo o por área geográfica. Cada Grupo tendrá un **Nefrólogo responsable** del registro, designado por el grupo, que recibirá toda información electrónica correspondiente

Identificación de pacientes:

Para registrar un paciente por primera vez se deberá enviar al FNR la correspondiente “**Hoja de Identificación del paciente**” con la fotocopia de la Cédula de Identidad. Este trámite se realiza por una única vez y habilita a ingresar los datos en forma remota (vía Internet).

Si el paciente cambia de Grupo, el nuevo Grupo deberá enviar al FNR una nueva “Hoja de Identificación del paciente”, identificando el nuevo grupo y la fecha de cambio. Si el paciente cambia de teléfono o domicilio alcanza con comunicarlo por teléfono o mail al FNR Registros Médicos (9014091 interno 171, o mail: mmesa@fnr.gub.uy).

No se registrará ningún paciente del que no se reciba la “Hoja de identificación del paciente” completa y la fotocopia de la cédula de identidad, en vistas de dar cumplimiento al *Decreto N° 396/003 – Historia clínica electrónica única de cada persona. Reglamentación; del 30 de septiembre de 2003.*

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIOS INICIAL Y DE CONTROL DE PACIENTES REGISTRADOS EN EL P.S.R.

Los formularios serán ingresados en forma remota al sistema informático del FNR (María) vía Internet.

A cada Grupo de Salud Renal se le asignará un “Usuario” para tener acceso a “María”, desde cualquier localización del país. Este Usuario tendrá una “Clave” de acceso, de la que será responsable el nefrólogo designado por el grupo. Deberá ingresar los datos del Formulario de Inicio y del Formulario de Control

LLENADO DE FORMULARIO INICIAL

Se llenará el formulario inicial con la fecha de la primera visita a la que concurre el paciente, siempre y cuando cumpla con los criterios de ingreso al registro:

1. FG estimado < 60 ml/min
2. proteinuria > 300 mg/día
3. microalbuminuria > 30 mg/día en caso de diabéticos

La fecha de la primer consulta con exámenes que permiten su registro (deben de tener no más de 3 meses respecto a la fecha de la consulta) será consignada al inicio del protocolo.

Se consignan nombre y C.I. para identificar al usuario.

Los Factores de Riesgo y de Progresión se consignan como afirmativos si cumple con los criterios establecidos

FACTORES DE RIESGO:

- HTA: si tiene previamente PA sistólica ≥ 140 y/o PA diastólica ≥ 90
- Dislipemia si previamente tiene: Colesterol > 240 , o LDL > 160 , o TG > 200 o HDL < 40
- Diabetes: si tiene previamente al menos 2 glicemias en ayunas > 1.26 g/l, o glicemia > 2.0 g/l a 2 hs postcarga de glucosa, o glicemia casual > 2.0 g/l
- Infección urinaria recurrente (> 3 por año)
- Nefrolitiasis: antecedente de expulsión de cálculo o arenilla, o litiasis demostrada por imagen
- Consumo crónico de AINE: ingesta diaria de AINE por más de 1 año.
- Antecedentes Familiares (hermanos, padres, tíos, abuelos) de enfermedad renal crónica: familiar en tratamiento sustitutivo o con nefropatía hereditaria demostrada.
- Tabaquismo (actual): fumador actual o que abandona hace menos de 6 meses.
- Obstrucción urinaria crónica
- Hiperuricemia: > 7 md/dl en el hombre y > 6.0 mg/dl en la mujer

Se consigna la presencia de **comorbilidad** de acuerdo a los criterios establecidos:

COMORBILIDAD:

- Cardiopatía isquémica: antecedente de IAM o isquemia demostrada, ya sea por ECG, ergometría, centellograma, o antecedente de cirugía de revascularización angioplastia.
- HVI: por ecocardiograma (índice de masa ventricular > 47 g/m² en la mujer o > 50 g/m² en el hombre) o ECG.
- AOC o Enfermedad vascular periférica de MMII clínica (claudicación intermitente dolorosa de MMII) o cirugía de revascularización, angioplastia, endarterectomía o amputación por isquemia.
- Insuficiencia cardíaca: FEVI $< 55\%$ en ecocardiograma o episodio de edema pulmonar de causa circulatoria bien documentada.
- AVE o AIT previo, de cualquier clase.

Diagnóstico Nefrológico. Es imprescindible colocar un código de diagnóstico nefrológico. Si aun no se conoce, existe la opción de marcar nefropatía en estudio

Fecha de 1er hallazgo de enfermedad renal. Se refiere al primer dato obtenido de Creatinina y/o examen de orina patológicos. No necesariamente tiene que haber sido visto por nefrólogo en esa oportunidad.

Control Nefrológico Regular. Se contesta afirmativamente si el paciente tiene una frecuencia de controles acordes a su etapa de ERC (al menos 1 control anual en etapas 1-2, al menos 2 controles anuales en etapa 3 y al menos 3 controles en etapa 4). Puede haber sido visto por ese equipo nefrológico o por otro.

En caso de tener control nefrológico regular consignar la fecha del primer control nefrológico y los exámenes en la primera consulta.

Examen físico: se consignan la presión, peso, talla y cintura del primer control.

Paraclínica al ingreso

Todo paciente para ingresar al programa debe contar con paraclínica que certifique que tiene una enfermedad crónica, ya sea por la presencia de 2 exámenes patológicos en un período mayor a 3 meses, o por evidencias de cronicidad confirmadas en la ecografía renal.

Se consignará el resultado del examen paraclínico con el que se cuenta, que no puede ser de una fecha más alejada que 3 meses previo.

Medicación

En el formulario inicial se consignan dos tipos de medicaciones distintas:

- La medicación que venía recibiendo antes de la consulta
- La medicación indicada en la primera consulta

Ambas se marcan como si o no, y no se consigna la dosis del medicamento.

Vacunación. Debe consignarse si el paciente previo a la consulta recibió las vacunas señaladas, y no se contesta afirmativamente si no las recibió y uno se la indica administrar.

Por último se señala cual es la fecha en que se desea realizar el siguiente registro del paciente, de forma que si no concurre a control una alarma informática avise de su falta.

No se debe ingresar más de un control cada 6 meses, aunque el paciente se controle con mayor frecuencia.

LLENADO DE FORMULARIO CONTROL

Comienza con el llenado de la fecha del control

El **diagnóstico nefrológico** si no pudo realizarse previamente, se puede llenar en esta instancia. Si ya fue llenado en el formulario inicial aparecerá prellenado en el formulario online de control.

Se consigna si continúa fumando o abandonó el **tabaquismo**

Eventos cardiovasculares. Se consignarán los nuevos eventos que presente (ej: IAM) o se diagnostique (ej: HVI) entre el último control y el actual

Examen físico. Se consignan los datos obtenidos en el control del día de la fecha

Paraclínica se escribe la fecha en que se sacaron los exámenes y el resultado de los mismos.

Medicación. En el formulario de control se consigna exclusivamente el dato de la medicación que venía recibiendo el paciente al momento del control, y NO se consigna la nueva medicación indicada

Si el paciente no está recibiendo IECA ni ARAI en el momento del control se debe consignar cual es el motivo que determinó su suspensión.

Vacunación. Debe consignarse si el paciente recibió las vacunas en el período entre la consulta anterior y la actual.

Fecha del Próximo control. Por último se señala cual es la fecha en que se desea realizar el siguiente registro del paciente, de forma que si no concurre a control una alarma informática avise de su falta.

No se debe ingresar más de un control cada 6 meses, aunque el paciente se controle con mayor frecuencia.

Alta del Programa. Implica la salida del paciente programa, y su fecha. Se considera la posibilidad de ingreso no justificado (si no se confirma ERC)

Devoluciones:

El sistema informático del FNR, devolverá mensualmente a cada Grupo de Salud Renal (por correo electrónico al mail del nefrólogo responsable):

- Alarma con la lista de pacientes que se retrasaron en consultar: a los 4 meses para FG >30 y a los 2 meses para FG < 30 ml/min.
- Una " Vista" con pacientes INICIO y CONTROL en formato Excel para el análisis estadístico. Esta vista NO nos permitirá identificar a cada paciente (hay una prohibición por ley expresa al respecto), sino solo las variables en forma anónima.
- Sí se podrá consultar, a través de "María", en forma permanente, la hoja de Inicio y Control de cada paciente.