

ANEXOS

Anexo 1.

Formato de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____
Historia Clínica: _____
Fecha Nacimiento: _____
Fecha Ingreso: _____
Fecha Egreso: _____
Peso: _____

II. TIPO FALLA RENAL

Falla renal aguda: _____
Falla renal crónica agudizada: _____
Falla renal crónica con diálisis previa: _____
Falla renal crónica sin diálisis previa: _____

III. SOPORTES

Ventilación mecánica:
SI _____ NO _____
Fecha inicio: _____
Fecha retiro: _____

Soporte vaso-activo:
SI _____ NO _____
Numero de vasoactivos: _____
Fecha inicio: _____
Fecha retiro: _____

IV. OTRAS CONDICIONES

Sepsis: SI: _____ NO: _____
Otras (Anote diagnósticos adicionales): _____

V. CONTROL PARACLÍNICO PREDIALISIS:

| HEMATOLOGÍA | | | | | ELECTROLITOS | | | GASES | | | |
|-------------|------|-----|----|-----|--------------|----|----|-------|------|------|----|
| HBG | HCTO | PLT | PT | PTT | CA | MG | NA | PH | PCO2 | HCO3 | BE |
| | | | | | | | | | | | |

VI. CONTROL PARACLÍNICO POSTDIÁLISIS (PREVIOS AL EGRESO UCIP):

| HEMATOLOGÍA | | | | | ELECTROLITOS | | | GASES | | | |
|-------------|------|-----|----|-----|--------------|----|----|-------|------|------|----|
| HBG | HCTO | PLT | PT | PTT | CA | MG | NA | PH | PCO2 | HCO3 | BE |
| | | | | | | | | | | | |

VII. COMPLICACIONES A LO LARGO DE LA TERAPIA

| COMPLICACION | SI | NO |
|----------------------|----|----|
| Alcalosis metabólica | | |
| Sangrado leve | | |
| Sangrado severo | | |
| Hipocalcemia | | |
| Hipercalcemia | | |
| Hipomagnesemia | | |
| Hipernatremia | | |

VIII. INFORMACION FILTROS

| Numero | Tamaño | Fecha colocación | Fecha retiro | Motivo retiro | Numero de terapias realizadas por filtro | Tiempo en horas de terapias Realizadas por filtro |
|--------|--------|------------------|--------------|---------------|--|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*** Motivo de retiro: corresponde a la causa del retiro del filtro (coagulo visible o presiones transmembrana altas)

IX. TERAPIA DE REPLAZO RENAL

Numero sesión: _____ Fecha Sesión: _____

Terapia utilizada: _____

Tiempo terapia (horas): _____

Qb: _____

Qd: _____

UF promedio: _____

Liquido reposición: _____ Prefiltro: _____ Postfiltro: _____

Flujo citrato: _____

Flujo gluconato de calcio: _____

X. CONTROL PARACLÍNICO DURANTE TRR - PREFILTRO:

| HORA | PH | PCO2 | HCO3 | BE | NA | CAI | MG | CA/Cai |
|------|----|------|------|----|----|-----|----|--------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |