

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE GESTIÓN EN LA ATENCIÓN NO PLANIFICADA EN  
PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL EN EL SERVICIO DE  
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN, CALLAO-2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**MARICELA ABILIA CESPEDES VALDEZ**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

**ASESORA:** DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 93-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 14 de Abril del 2020

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>	<b>4</b>
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Marco conceptual	15
<b>3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b>	<b>30</b>
II. Propuesta y planificación de plan	42
IV. Implementación y seguimiento	50
V. Evaluación	48
<b>4 CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>5 RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>6 REFERENCIALES</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Académico en plan de gestión en la atención no planificado en diálisis peritoneal es muy importante debido a que los pacientes ingresan de manera repentina y sin accesos vasculares, el cual requieren de un cuidado especializado de enfermería puesto que es de gran necesidad brindar educación, orientación y acompañamiento de la enfermera y de la familia en el periodo de inicio no planificado.

Se desarrolló en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión que se encuentra situado en la provincia constitucional del Callao, con una población de 1 millón 28 mil habitantes; El Servicio de Nefrología en el 2019 atendió a 6973 pacientes y cuenta con un programa de diálisis peritoneal debidamente implementado para el manejo del paciente con TRR y cuenta con 165 pacientes que ingresaron por necesidad de terapia de remplazo renal a DP con un 50% urgent start, 20% unplaned y un 30% de inicio convencional.

Durante los 6 años que vengo laborando se ha realizado una labor de gestión que están orientadas a optimizar el nivel de desempeño del personal de enfermería para la atención del paciente, desarrollando un plan de capacitación permanente sobre Diálisis Peritoneal. El rol que desempeñé es como Jefa de servicio organizando un plan de cuidado individualizado para cada paciente y el seguimiento de su evolución, participación en las funciones administrativas del hospital mediante la planificación, organización y control que me ha permitido establecer objetivos, tanto generales como propios de nuestra unidad

La Enfermedad Renal Crónica tiene una serie de estadios que indican la degeneración de la función renal, dentro de la cual la Insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, es la pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular secundario a la lesión definitiva de las nefronas como consecuencia de la evolución de la

nefropatía crónica. Respecto a la IRC, existen diversos tratamientos para su manejo dentro de los cuales se destaca la terapia sustitutiva con diálisis peritoneal (DP); los cuidados de enfermería durante esta terapéutica son relevantes para la seguridad del paciente. Una práctica profesional de excelencia conlleva muchas responsabilidades, en el caso del cuidado al paciente con Diálisis Peritoneal es indispensable tener conocimientos teóricos y habilidades técnicas actualizadas para proporcionar atención segura y de calidad, y prevenir complicaciones.

La Diálisis Peritoneal es un tratamiento que depura a nivel extra renal y consiste en infundir una solución hidroelectrolítica similar al plasma y un agente osmótico, cuya finalidad es eliminar solutos de desecho y agua acumulados en el cuerpo, este tratamiento utiliza un sistema dual DPAC ó DPA que aprovecha al peritoneo como membrana de intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis. La enfermedad, cualquiera que sea su tipo, se considera generalmente como un elemento negativo, que llega a desestabilizar la normalidad de vida tanto individual como social de la persona, A través del trabajo y la práctica diaria se ha podido detectar los cuidados que demanda y precisa el enfermo durante la fase aguda y a lo largo de la diálisis previniendo las complicaciones.

Este trabajo tiene como objetivo: Realizar un plan de gestión en la atención no planificada en pacientes con diálisis peritoneal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

## 1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La OPS/OMS y la sociedad latinoamericana de nefrología-2015, llaman a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento, .ambas instituciones se aliaron para promover estrategias que reduzcan la brecha que separa a los pacientes del tratamiento que puede prolongar y salvarles la vida.

La Enfermedad Renal Crónica afecta a cerca del 10 % de la población mundial. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, y cuando las soluciones son la diálisis y el trasplante de riñón, ya son altamente invasivas y costosas, muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir equipos necesarios para cubrir estos tratamientos para todas las personas que lo necesitan y la cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes.

En Latino américa – 2015, la incidencia y prevalencia de la ERC es muy heterogénea y su ritmo de crecimiento es importante, siendo la diálisis peritoneal una modalidad dialítica menos utilizada en la región contrastando con la hemodiálisis y su crecimiento a disminuido recientemente, los resultados de la DP son similares a los de la HD pero sus costos son menores en la mayoría de los casos y es necesario estimular su uso como un tratamiento costo-efectivo en nuestra región, lo que ayudaría a lograr el acceso universal a TRR, a sí mismo la familiarización del personal con la DP podría contribuir a lograr su mayo uso y mejores resultados.

En el Perú -2015, no está exento de este grave problema de salud global. Es por esta razón que el MINSA en el año 2009 convocó a varios expertos de los hospitales nacionales para efectuar un diagnóstico situacional del problema de la ERC en el Perú y efectuar propuestas para enfrentarlo a corto y mediano plazo. Las conclusiones de dicha comisión fueron las siguientes: La ERC es un problema de salud pública en el Perú y existe una

gran demanda de pacientes en estadio 5 (Fase terminal) y muy poca oferta de servicios para su tratamiento. Como la hemodiálisis es una de sus principales formas de terapia de sustitución renal, la infraestructura física y el equipamiento es insuficiente y están colapsados, es importante buscar alternativas de solución. Las recomendaciones finales se centraron en crear la Estrategia Sanitaria de Salud Renal; implementar programas de prevención a mediano plazo de la ERC en estadios 1 – 4, modificar el sistema de ingreso de pacientes con ERC estadio 5 para recibir tratamiento dialítico financiados por el SIS, permitiendo el acceso universal a todos los pacientes a cualquiera de las terapias de sustitución renal como la hemodiálisis crónica, diálisis peritoneal crónica y trasplante renal.

En la provincia constitucional del callao, con una población de 1 millón 28 mil habitantes; cuenta con 3 unidades de Diálisis Peritoneal Es salud (2), Minsa (1) con 195 pacientes en el tratamiento de Diálisis Peritoneal. En el hospital Carrión El Servicio de Nefrología en el 2019 atendió a 6973 pacientes y cuenta con un programa de diálisis peritoneal debidamente implementado para el manejo del paciente con Terapia de Reemplazo Renal y cuenta con 165 pacientes que ingresaron por necesidad de terapia de reemplazo renal a DP con un 50% urgent start, 20% unplaned y un 30% de inicio convencional.

La enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la actividad de cuidar y el objeto de estudio es el cuidado, por ello tiene su propio cuerpo de conocimientos, define sus actividades y desarrolla investigación para perfeccionar su práctica a través del cuidado en el paciente renal. El ser humano en relación con su entorno, sus necesidades de salud y la satisfacción de las mismas ha formado ideas básicas de conocimientos que pueden ser valoradas bajo el enfoque de las 14 necesidades de Virginia Henderson, donde, la seguridad es definida como: evitar peligros ambientales e impedir que se perjudique a otros, se considera una necesidad básica del ser humano.

Los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran en los programas de hemodiálisis donde se usan los accesos vasculares para el tratamiento, luego de un tiempo los mismos presentan complicaciones.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1.- Antecedentes del estudio.

ROMERO BAYAS, Blanca Stefania, y col. 2018 - España; Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua, **objetivo:** conocer la prevalencia de la insuficiencia renal crónica a nivel mundial. Regional y local, los autocuidados que están realizando los pacientes con insuficiencia renal crónica y los cuidados que la familia brinda al paciente renal para mejorar su calidad de vida, el presente trabajo como una investigación documental hace incapie en la prevalencia de la insuficiencia renal crónica y el autocuidado en los pacientes renales cronicos que llevan un tratamiento independiente como lo es en la diálisis peritoneal a su vez sus complicaciones por el incumplimiento de las indicaciones del personal de salud para realizar la investigación, y se llega a la **conclusión:** que en America Latina la prevalencia de casos con insuficiencia renal ha aumentado y los hombres tienden a padecer de insuficiencia renal a diferencia de las mujeres.

ESPINOZA COYA, María Elisa, 2018 Chile; Efecto del programa de simulación “simula-pd” en el desarrollo de competencias para el automanejo en pacientes renales en peritoneo diálisis, **Objetivo:** Determinar el efecto del programa educativo de simulación “simula-pd” en el desarrollo de competencias para el automanejo en pacientes del programa de diálisis peritoneal del hospital Barros Luco Trudeau, se investiga si el uso del programa mejora las habilidades del automanejo reflejadas en la mayor autoeficacia y en la adherencia al tratamiento

**Metodología:** corresponde a un diseño cuasiexperimental implementado con el apoyo de un simulador, el programa permite recrear el ambiente del

hogar donde el paciente debe realizar su tratamiento manual diario definido en 21 pasos que son el que utiliza el equipo de especialistas del hospital donde se realiza el estudio. **Conclusión:** se muestra que no existiendo diferencias de inicio entre el grupo control y el grupo experimental la intervención del simulador es efectiva en el grupo de estudio, pues el manejo del procedimiento manual tiene un efecto significativo en el grupo experimental, este resultado muestra que el programa “simula.pd” permite aumentar la adherencia al procedimiento de peritoneo diálisis manual y a la percepción de auto eficiencia en el grupo de estudio, fortalecer estas competencias para el automanejo con métodos innovadores en educación para pacientes, otorgar mayor confianza en sí mismos y en sus capacidades de resolver aspectos de la terapia para manejar en forma autónoma su tratamiento

J FORERO VILLALOBOS, y col. 2017 España; **Objetivo:** Explorar los factores que influyen en la adherencia de los pacientes adultos a la terapia dialítica peritoneal y las consecuencias de la falta de ésta reportadas en la literatura. **Material y Método:** La búsqueda electrónica se realizó utilizando las bases de datos PUBMED, meta buscadores como Google académico, Epistemonikos, Scielo, entre otros. Se consideraron estudios primarios realizados en pacientes adultos de 18 a 80 años, entre los años 2008-2015, en idioma inglés y español. **Resultado:** Los pacientes en DP presentan problemas de falta de adherencia en mayor proporción en los parámetros nutricionales, restricción de fluidos seguida del manejo correcto de la técnica y pautas farmacológicas indicadas por el profesional de la salud. **Conclusión:** La adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal debe ser explorada por enfermería por su diversa complejidad mediante estudios fenomenológicos.

GARCÍA CASTRO, RAÚL, y col. 2016 – España; **Objetivo:** Evaluar la satisfacción de los pacientes de una Unidad de diálisis de un mismo

hospital con amplia representación tanto de hemodiálisis (HD) como de diálisis peritoneal (DP), analizando al mismo tiempo si existen

Diferencias entre ambas técnicas

**Material y métodos:** Se hizo un corte transversal de todos los pacientes en diálisis (HD y DP) de nuestro centro y se les entregó para su cumplimentación anónima el cuestionario validado SERVQHOS modificado para HD (adaptando su redacción para DP) que evalúa la satisfacción con veintiún atributos y variables sociodemográficas que podrían condicionar la satisfacción.

**Resultados:** Fueron incluidos en este estudio 143 pacientes que completaron el cuestionario, 50 de HD (35%) y 93 de DP (65%). En HD el 53% eran hombres, frente al 63% en DP. La edad media fue de 68 años en HD (37-91) y de 62 años en DP (31-88). Sólo un 7% era trabajador activo en HD, frente al 10,6% en DP. El 65% de los pacientes en HD tenía estudios primarios y un 13% no tenía estudios de ningún tipo, frente al 60% y el 5% en DP, respectivamente. El tiempo medio en HD era de 46 meses (1-300) y en DP de 24 meses (1-167). Se completaron un 79% de encuestas en HD y un 100% en DP. Evaluando de forma global la satisfacción, un 74% se mostró muy satisfecho, un 25% satisfecho y un 1% poco satisfecho. El aspecto mejor valorado en HD fue la apariencia del personal, (4,62 sobre 5), y el peor la información referente a la medicación (3,37 sobre 5); en DP lo más valorado fue el interés del personal de enfermería por los pacientes (4,81 sobre 5) y lo peor la tecnología de los equipos (3,53 sobre 5). **Conclusiones:** El elevado porcentaje de cumplimentación obtenido (muy alto para este tipo de estudios) indica que los pacientes colaboran de buen grado. En vista de los resultados, podemos concluir que los pacientes en diálisis se muestran globalmente satisfechos pero que debemos mejorar, especialmente en HD la información, sobre todo la relacionada con la medicación. Este es el punto que nos planteamos como objetivo de mejora para el futuro dada además su vinculación con la Seguridad del Paciente.

MARIELA VILLACIS, 2016 Guayaquil; Evaluación de protocolos de diálisis peritoneal en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Provincial Docente Ambato, Guayaquil; el presente trabajo de investigación se ha realizado en el Hospital Provincial Docente de Ambato. Con la finalidad de aportar al personal médico y a pacientes de diálisis peritoneal protocolos de aplicación en el tratamiento de diálisis, por que existen gran número de pacientes que tienen complicaciones de salud, por no manejar correctamente las técnicas de tratamiento debido al estrés inicial que presentan los pacientes por tantos conflictos que van generando molestia psicológica debido a la no aceptación de su nueva vida con terapias de diálisis, es por eso que los entrenamientos no dan los resultados esperados, por lo que es importante reentrenarlos para evitar contagios por bacterias o por falta de higiene. **Metodología:** cualitativa y cuantitativa, se aplica el método inductivo deductivo es una investigación de campo. Conclusión: elaborar la propuesta que es el diseño de un programa de capacitación para el personal de enfermería y pacientes de diálisis peritoneal formando por sesiones con diferentes actividades lúdicas y prácticas , con ello se pretende ser una guía para la reeducación de los pacientes y Enfermeras de la institución. Debido a que en los principales resultados se pudo conocer que la mayor parte de pacientes presentan alguna complicación en la terapia DP y además recibieron solo una terapia inicial.

ROMERO BAYAS, Blanca Stefanía, y col. 2018 - España; Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua, **objetivo:** conocer la prevalencia de la insuficiencia renal crónica a nivel mundial. Regional y local, los autocuidados que están realizando los pacientes con insuficiencia renal crónica y los cuidados que la familia brinda al paciente renal para mejorar su calidad de vida, el presente trabajo como una investigación documental hace incapie en la prevalencia de la insuficiencia renal crónica y el autocuidado en los pacientes renales crónicos que llevan un tratamiento

independiente como lo es en la diálisis peritoneal a su vez sus complicaciones por el incumplimiento de las indicaciones del personal de salud para realizar la investigación, y se llega a la **conclusión:** que en América Latina la prevalencia de casos con insuficiencia renal ha aumentado y los hombres tienden a padecer de insuficiencia renal a diferencia de las mujeres.

LALAPÚ SOSA y col. 2014 – 2018 – Perú; **Objetivo:** Determinar el tiempo y características de la sobrevida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Definitiva, tratados en la unidad de Nefrología del Hospital II Jorge Reátegui Delgado. 2014 - 2018. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal - retrospectivo, en el Hospital II Jorge Reátegui Delgado. La población estuvo conformada por el registro de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad renal crónica definitiva, tratados en la Unidad de Nefrología durante los años 2014 – 2018. Se utilizó una ficha de recolección de datos. Por último se analizaron los datos en un sistema de base de datos en Software estadísticos (Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 20). **Resultados:** El estudio estuvo conformado por 56 hombres (58.3%) y 40 mujeres (41.7%), con promedio de edad para los hombres de 60.63 años y en las mujeres de 57.07 años. 45 pacientes sometidos a Diálisis peritoneal (46.9%) y 51 pacientes en Hemodiálisis (53.1%). El 44.8% de la población sufría de hipertensión y un 32.3% correspondía a Diabetes Mellitus. La etiología principal fue la Enfermedad Renal Hipertensiva, con un 45.8%. Dentro de las complicaciones encontradas, tenemos: Infección/sepsis (33.3%), seguido de Peritonitis bacteriana con 24%. La media del tiempo de sobrevida fue de 41.72 meses, con una media de tiempo de enfermedad de 11.63 años. Además el tiempo de sobrevida para los pacientes en Hemodiálisis fue de 43.757 meses, en comparación a los 47,750 meses en los pacientes con Diálisis peritoneal. En el análisis Long-Rank, se encontró una significancia de 0,049 ( $p < 0.05$ ), lo que nos infiere que la modalidad dialítica si influye en la supervivencia de los pacientes estudiados. La

distribución de sobrevida fue mayor en el sexo femenino. Al realizar comparación de la presencia de comorbilidades y de complicaciones durante el tratamiento, se demostró que influyen en el tiempo de sobrevida.

**Conclusiones:** La media del sobrevida fue de 41.72 meses, mayor en el sexo femenino, dependiente tiempo de la modalidad dialítica, edad, presencia de comorbilidades y complicaciones durante el tratamiento.

CHINCHAY CHOQUEHUANCA, Diana Mariela, y col. 2018- Tarapoto; El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar el nivel de capacidad de autocuidado de los pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria periódica del Hospital II EsSalud Tarapoto. Enero a Junio 2018, **material y método:** el estudio fue de enfoque cuantitativo, transversal y prospectivo, la muestra estuvo constituido por 32 pacientes que asistieron al programa de diálisis peritoneal ambulatoria periódica, aplicándose como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario; dirigido a los pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal ambulatoria periódica del Hospital II EsSalud Tarapoto. En los **resultados** obtenidos dentro de las características sociodemográficas, se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes se encuentran entre las edades de 41 años a más con un 56.3%, el 59.4% son de sexo femenino y el 40.6% masculino, proceden de lugares rurales con un 56.3%, la diabetes es la enfermedad asociada que origino la enfermedad renal crónica (ERC) con un 65.6%; el 43.8% presentan habilidades en el autocuidado medio, mientras que el 34.4 % presentan habilidades para el autocuidado bajo y el 21.9% presentó habilidades para el autocuidado alto. Mientras que: el nivel de conocimiento sobre las acciones de autocuidado, resultado medio con un 53.1%, seguido de un 31.3% que posee nivel de conocimiento bajo, y solo el 15.6 % (5) nivel alto, el 40.6% presentan capacidad de autocuidado medio, mientras que el 34.4% alcanzan una capacidad de autocuidado baja y sólo el 25.0% presentó capacidad de autocuidado alta **Concluyendo** que: los pacientes evidenciaron mediano nivel de capacidad de autocuidado; frente al cuidado y limpieza del orificio del catéter, complicaciones por

incumplimiento de administración de sus medicamentos, asistencia al control de enfermería, el no conocer su próxima cita, las condiciones básicas que debe tener un ambiente para diálisis.

MERA MONDRAGON, Mónica Nataly, y col. 2016 - Perú; conocimientos y prácticas de autocuidado en los pacientes que reciben diálisis peritoneal, hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo Perú **objetivo:** Determinar los conocimientos y prácticas de autocuidado que tienen los pacientes que reciben diálisis peritoneal del HAAA, La **Metodología:** es de tipo cuantitativa y método descriptivo de corte transversal, **Conclusión:** que el nivel de conocimientos y practicas de autocuidado en los pacientes que reciben diálisis peritoneal es una actividad aprendida y el tener conocimientos claros sobre la enfermedad le ayuda a tomar conciencia sobre su autocuidado y por ende a la familia. En lo que respecta a las practicas inadecuadas es importante mejorarlas ya que estas pueden llevar a incrementar las complicaciones del procedimiento en todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los criterios de rigor , ético y científico.

**ALBORNOZ Romero, Kety y col. 2018 – Huánuco;** El estudio titulado “Cuidado de enfermería en la disminución de complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal, en pacientes del Hospital II Base EsSalud, Huánuco, 2018”, tuvo como **objetivo** demostrar que el cuidado de enfermería disminuye las complicaciones infecciosas de la diálisis peritoneal de los mencionados pacientes. La población lo conformaron 48 pacientes asistentes de dicho nosocomio. **Método,** Fue una investigación cuantitativa, de nivel aplicativo, tipo cuasi-experimental, con grupo experimental y control, con una muestra de 24 pacientes aleatorizados. Se aplicó la intervención de enfermería al grupo experimental, previo consentimiento informado, el cual estuvo constituido por 8 sesiones educativas en el desarrollo de conocimiento y habilidades de prevención de complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal. Los instrumentos de investigación fueron la encuesta de características generales y de la

enfermedad; el cuestionario de conocimiento y de práctica. Se realizó un análisis descriptivo y el inferencial mediante la prueba t de Student apoyados en el SPSS V22. **Los resultados** muestran en razón al tiempo de permanencia en la terapia de diálisis, que 62.5% (15) tenían entre 2 a 47 meses en ambos grupos de estudio, al evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones infecciosas después del cuidado brindado, 75% (18) del grupo experimental tuvieron un nivel de conocimiento bueno, mientras que 45,8% (11) del grupo control, tuvo conocimiento regular. El tipo de prácticas fue adecuado en 87,5% (21) y 31.0% (7) de ambos grupos respectivamente. En la comparación de las medias después de la intervención, el grupo experimental evidenció ventaja respecto al grupo control, evidenciado con un valor  $t = 1.09$ , y  $p=0,000$ , siendo altamente significativo. **Se concluye** que la intervención de enfermería de cuidado, disminuye las complicaciones infecciosas en pacientes de diálisis peritoneal en el Hospital Nivel II EsSalud Base Huánuco, 2018.

RAMÍREZ MARTÍNEZ, mercy, y col. 2016 -T trujillo; El presente estudio tiene como **método** de investigación es cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal y tiene como **objetivo** determinar la Percepción del paciente sobre El Cuidado Humanizado de la Enfermera en el Tratamiento de Diálisis Peritoneal en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo 2016; realizado entre los meses de Mayo a Agosto, se contó con una población muestral de 57 pacientes seleccionados según criterios establecidos, se recogió los datos aplicando una encuesta: Percepción del Paciente sobre el Cuidado Humanizado de la Enfermera en el Tratamiento de Diálisis Peritoneal; según categorías del cuidado: sentimientos del paciente, característica de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico y cualidades del hacer de la enfermera. **Los resultados** globales arrojaron que el 94.7% de pacientes tenían una percepción buena respecto al cuidado humanizado que le brinda la enfermera, el 5.3% tenían una percepción regular, no observándose percepción deficiente 0%. **La**

**conclusión** a la que se llegó es que los pacientes percibieron que el cuidado que brinda la enfermera es humanizado en razón de la constante interacción enfermera-paciente, recibiendo cuidados holísticos que ayudan a satisfacer sus necesidades de apoyo emocional, físico y de aprendizaje.

## **2.2.- Bases Teóricas**

### **Teoría de Virginia Henderson, de las necesidades humanas básicas.**

El modelo por necesidades básicas humanas de Virginia Henderson, se basa en que la enfermera debe servir de ayuda al individuo tanto sano como enfermo para la realización de actividades de la vida diaria que contribuyan a mantener su estado de salud, recuperarla cuando se ha perdido o conseguir una muerte digna. Este modelo define la función propia de enfermería como:

La función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en aquellas actividades que el realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario para hacerlo y lo hace facilitando la independencia del individuo.

Las 14 funciones básicas de Virginia Henderson son:

- 1.- Respiración
- 2.- Alimentación/Hidratación
- 3.- Eliminación
- 4.- Movilidad
- 5.- Reposo/Sueño
- 6.- Vestirse/Desvestirse
- 7.- Temperatura
- 8.- Higiene/Piel
- 9.- Seguridad

10.- Comunicación

11.- Religión/Creencias.

12.- Trabajar/Realizarse

13.- Actividades lúdicas

14.- Aprender

1.- Respiración.- respirar con normalidad es una función normal mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de las necesidades no tendrían sentido alguno.

2.- Alimentación/Hidratación.- comer y beber adecuadamente tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona así como de la patología que esté presentando.

3.- Eliminación.- el cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico. El organismo tiene diversas maneras de eliminar productos de desecho: heces, orina, sudor, aire.

4.- Movilidad.- el movimiento hace libre a los pacientes de hacer aquello que necesita, quiere y debe. Cuando una persona ve limitado su movimiento, sea en menor o mayor grado, se ve obligado a pedir ayuda para realizar actividades de su vida cotidiana.

5.- Reposo/Sueño.- el organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo día.

El sueño reparador en la noche o los pequeños descansos en el día, hace que el paciente sea capaz de proseguir con los quehaceres.

6.-Vestirse/desvestirse.- una tarea tan simple como elegir que la ropa sea necesaria utilizar y ser capaz de que el paciente pueda colocársela es sinónimo de independencia.

7.-Temperatura.- estar en un ambiente con la temperatura adecuada, sea capaz de regular el organismo según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipotermia e hipertermia.

8.- Higiene/Piel.- poder realizar baño diario sin ayuda, mantener la integridad cutánea.

9.- Seguridad.- ser capaz de identificar los peligros del entorno, saber cómo actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.

10.- Comunicación.- comunicarse. Explicar emociones, necesidades, miedos y opiniones. Tener vida social, un círculo de amistades y personas en las que apoyarse.

11.- Religión/Creencias.- poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión de cada uno.

12.- Trabajar/Realizarse.- para que el paciente se sienta útil y parte de la sociedad.

13.- Actividades lúdicas.- recreación y ocio tiempo de disfrute y relajación.

14.- Aprender.- estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un descubrimiento normal de la edad.

Este trabajo se relaciona con la teoría de Henderson por que se refiere a la práctica de la profesión que ayuda al paciente a avanzar hacia la independencia, valorando, diagnosticando, realizando intervenciones y evaluando cada uno de los 14 elementos del cuidado de ahí la importancia que este modelo sea considerado en este estudio, ya que la Diálisis Peritoneal posee un claro enfoque en que el paciente en su condición de enfermedad busque la autonomía y la forma de recuperar un estado óptimo de salud.

## **Teoría de Dorothea Orem, Teoría del Autocuidado**

Su teoría enfatiza que ningún autor en particular a influenciado su modelo pero se ha sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería y ha descrito la teoría general del autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas:

La Teoría del auto cuidado:

En la que explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida. Dirigida por las personas sobre si mismo, hacia los demás o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar ”

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que puedan provocar dicho déficit.

Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

Determina cuándo y por que se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería:

Acción del paciente:

Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

Sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades en las que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

Sistema de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo. Acción de la enfermera; cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; compensa la incapacidad del paciente de apoyo al paciente y lo protege.

Sistema de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidado.

Acción de la enfermera: desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado, ayuda al paciente.

Acción del paciente desempeña algunas medidas de autocuidado, regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

Sistema de enfermera de apoyo – educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrolla la actividad del autocuidado. Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Este trabajo se relaciona con la teoría, teniendo en cuenta la magnitud del problema que genera la diálisis peritoneal, las actividades de autocuidado son importantes por la influencia que ejercen en el control de los principales factores de riesgo que originan complicaciones en el paciente que se encuentra en diálisis peritoneal; si la persona adquiere educación oportuna, adecuada e individualizada, integrando aspectos físicos, emocionales y sociales se espera que se hagan responsables del cuidado de su propia salud.

### **2.3.- Marco conceptual**

#### **Diálisis peritoneal:**

La Diálisis Peritoneal (DP) es un tratamiento que depura a nivel extra renal que consiste en la infusión por gravedad en la cavidad abdominal, de un flujo a pirógeno y estéril, compuesto por una solución hidroelectrolítica similar al plasma y un agente osmótico, cuya finalidad es eliminar solutos de desecho y agua acumulados en el cuerpo. Este tratamiento utiliza al peritoneo como membrana de intercambio de agua y solutos entre la sangre y el líquido de diálisis. El peritoneo es una membrana que recubre la cavidad abdominal y a los órganos huecos, tiene una superficie de 1.5 a 2.0 m<sup>2</sup> ; se considera que a mayor área, mayor efectividad de diálisis/depuración, por tanto, cuando disminuye la superficie activa de intercambio por fenómenos como infecciones de repetición, quemaduras por el líquido de diálisis o presencia de adherencias, la capacidad de diálisis decrece y puede llegar a ser insuficiente para mantener el equilibrio hidroelectrolítico en un paciente y por lo tanto sería el fracaso de esta terapia.

Consiste en una depuración sanguínea intra corporal y extrarrenal utilizando como membrana dializante el peritoneo, entre la sangre que circula por los capilares y una solución infundida en la cavidad peritoneal.

El principio básico consiste en depurar de la sangre sustancias endógenas y exógenas que son tóxicas para el organismo, aprovechando los principios fisiológicos del transporte a través de membranas semipermeables (ósmosis, difusión y ultrafiltración).

El primer catéter moderno fue creado por Palmer y Quinton, modificado en 1968 por Tenckhoff y Schecter. Su función es comunicar la cavidad peritoneal con el exterior, atravesando para ello la pared abdominal. A través del catéter se introducen 2 litros de líquido de diálisis estéril a 37 °C. Se recambia 4-5 veces al día y normalmente el abdomen se queda lleno de líquido durante la noche. Una variante es la diálisis peritoneal automatizada que utiliza un aparato de ciclos o cicladora, que funciona abriendo y cerrando sistemas y controla el volumen que se introduce y el tiempo. Se realiza generalmente mientras el paciente duerme todas las noches.

El tratamiento sustitutivo renal, con DPCA en la insuficiencia renal crónica, generalmente se efectúa cuando la depuración de creatinina ha descendido a menos de 10 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> SC, lo que suele coincidir con una creatinina plasmática de 12-15 mg/ dL junto con sintomatología urémica.

### **Principios de la diálisis peritoneal:**

La diálisis peritoneal funciona por una combinación de difusión y ósmosis. La **difusión** es el movimiento de partículas a través de una membrana semipermeable, a partir de una zona de alta concentración y hacia una zona de baja concentración.

En la diálisis peritoneal, la solución de diálisis que se administra es de base acuosa, contiene glucosa, electrolitos séricos normales y ningún producto de desecho; por lo tanto, los productos de desecho y el exceso de electrolitos séricos en sangre cruzan el peritoneo semipermeable, hacia el líquido de diálisis. Al extraerse este líquido, lleno de productos de desecho, se sustituye por una nueva solución y se produce el intercambio.

La **ósmosis** es un movimiento de líquidos, a través de una membrana semipermeable y a partir de una zona de alta concentración de solutos. En la diálisis peritoneal, la ósmosis extrae el exceso de agua de la sangre. La dextrosa en el líquido de diálisis aumenta la osmolaridad y favorece el arrastre de partículas.

### **Accesos al peritoneo:**

El catéter es el sistema que permite ponerse en contacto a la solución de intercambio con la cavidad peritoneal. Su supervivencia (>85% a los 3 años) depende de una adherencia estricta a los principios generalmente aceptados en cuanto a su inserción y a su cuidado, más que al diseño del propio catéter. El 20% de los pacientes es transferido a hemodiálisis crónica por problemas relacionados con el catéter. El catéter agudo, es un tubo relativamente rígido, recto o ligeramente incurvado y su implantación se puede realizar sin dilación en la cama del enfermo. Se coloca desplazándolo sobre el stilet metálico o el alambre flexible que se ha utilizado para su inserción. Debido a la ausencia de cuffs, la incidencia de peritonitis es alta, por lo que su empleo va cayendo en desuso. Los catéteres crónicos se fabrican habitualmente de silicona o poliuretano y tienen uno o dos cuffs.. La función de los cuffs es provocar una reacción fibrótica que fija el catéter y dificulta la penetración bacteriana. Los de un cuff se insertan y se retiran más fácilmente, pero presentan mayor tasa de migración del catéter y mayor incidencia de peritonitis por progresión de la infección del túnel y orificio.

### **Catéter de Tenckhoff.**

El típico catéter Tenckhoff tiene dos cuffs. En pacientes obesos con un abdomen prominente, la distancia de 5 cm. entre ambos cuffs del catéter estándar puede ser inapropiadamente corta. Algunos fabricantes disponen de catéteres extralargos con los cuffs más separados o catéteres con un

solo cuff. Estos catéteres de un solo cuff, pueden funcionar tan bien como los de dos cuffs cuando se coloca el único cuff en profundidad, es decir, cuando se sutura éste a la musculatura abdominal y la distancia entre el cuff y el orificio de salida cutáneo es de 5 cm. o menos.

El catéter Tenckhoff estándar casi siempre permite una entrada fácil de líquido. Sin embargo, el drenaje efectivo del abdomen es más variable y difícil, especialmente durante el periodo final del drenaje. En este momento la resistencia al flujo de salida aumenta a medida que el epiplón y las asas intestinales se acercan a la punta y a los lados del catéter, conducidos a esa posición por las fuerzas de Bernoulli (succión) cercanas a los agujeros de entrada del catéter y por la disminución del volumen de líquido en el abdomen. Para minimizar la obstrucción al flujo de salida, se han diseñado varios catéteres alternativos como el catéter Tenckhoff en espiral, que proporciona un aumento del tubo para separar las capas perietal y visceral del peritoneo. El flujo de entrada y salida en la punta del catéter se halla más protegido y hay más agujeros laterales para la salida de líquido.

### **Proceso de diálisis:**

La diálisis peritoneal se realiza en un sistema cerrado que consiste en la utilización de la cavidad peritoneal con un catéter de plástico anclado en el tejido subcutáneo, tubos conectores al catéter con un dispositivo en Y y un contenedor de la solución de diálisis preparada con concentraciones fisiológicas de sodio, calcio y magnesio y usualmente lactato como buffer. Esta solución es infundida dentro del peritoneo permaneciendo en dicha cavidad por varias horas. Durante este tiempo ocurre un transporte difusivo de solutos a través de la membrana peritoneal hasta que se realiza un nuevo recambio con líquido fresco. La glucosa agregada al líquido en concentraciones de 1.5, 2.5 y 4.25 provee un gradiente osmótico para la ultrafiltración de fluido.

La eliminación de agua y solutos depende del equilibrio entre el movimiento y absorción de los solutos y agua dentro de la cavidad peritoneal. La velocidad de difusión disminuye progresivamente hasta lograr el equilibrio entre el plasma y el líquido de diálisis. La absorción de solutos y agua se realiza a través de la membrana peritoneal hacia los capilares peritoneales y hacia la circulación linfática. La velocidad con que se produce dicho transporte varía de persona a persona.

### **Composición del líquido de diálisis:**

El líquido de diálisis está compuesto por una mezcla electrolítica, que utiliza como amortiguador generalmente el lactato. También se utilizan aditivos como la heparina y antibióticos en caso de peritonitis aguda, e insulina en pacientes con diabetes mellitus.

Se consigue a través de un catéter peritoneal. Pueden ser catéteres agudos para casos de diálisis peritoneal continua aguda, o catéteres crónicos con 1 o 2 manguitos de dacrón y se tunelizan bajo la piel hasta el interior de la cavidad peritoneal.

### **Composición del líquido de diálisis peritoneal:**

Sodio (meq/L) 132

Potasio (meq/L) 0

Cloruro (meq/L) 96

Calcio (meq/L) 3.5

Magnesio (meq/L) 0.5

D-L lactato (meq/L) 40

Glucosa (g%) 1.5,2.5,4.25

Ph 5.2

### **Indicaciones para la diálisis peritoneal:**

La diálisis peritoneal puede utilizarse en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda, en la insuficiencia renal crónica terminal, en algunos casos de intoxicaciones exógenas, así como en aquellos pacientes con grandes edemas generalizados, en los que no se logra hacer desaparecer los edemas sólo con diuresis, como puede ocurrir en algunos enfermos de insuficiencia cardíaca irreductible, hepatopatía crónica y síndrome nefrótico. Se aplica, además, en los pacientes ancianos, niños, diabéticos y en aquellos enfermos con insuficiencia renal crónica terminal, que estén en espera de la realización de fístula arterial venosa y de recibir un trasplante renal.

Las contraindicaciones absolutas para la DP son algunos defectos de la pared abdominal tales como la gastrosquisis u onfalocele, la derivación ventrículo peritoneal, hernias diafragmáticas, extrofia vesical, cirugía abdominal reciente y fracaso funcional de la membrana peritoneal. La presencia de ureterostomías o gastrostomías no contraindica la diálisis peritoneal, sin embargo, sí obliga a cuidados especiales.

### **Modalidades de diálisis peritoneal :**

La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) constituye la modalidad de DP más utilizada. En ella el tratamiento dialítico se realiza de forma manual, es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se desarrolla en el domicilio del paciente.

El volumen empleado habitualmente en cada intercambio es de 2 L. y la concentración de glucosa empleada dependerá de las características funcionales de la membrana peritoneal (tipo de transportador según el test de equilibrio peritoneal TEP) y de las necesidades de ultrafiltración del

paciente. El líquido infundido se mantiene en la cavidad abdominal (tiempo de permanencia) durante 4-6 h (intercambios diurnos) y 8-10 h (intercambio nocturno).

Con esta técnica cada intercambio puede dividirse en cinco fases, que en la modalidad estándar se repiten 4 veces al día (número de intercambios: 3 diurnos y 1 nocturno): conexión, purgado, drenaje, infusión y desconexión.

**Fase de Conexión:** después de la preparación de todo el material necesario y de realizar las medidas de limpieza establecidas (mesa y lavado de manos durante 15 m) se procede a la apertura del sistema (doble bolsa). A continuación, se retira el tapón del catéter del paciente y se conecta a la línea del sistema (esta maniobra debe ser realizada con destreza y rapidez, adquiridas en el periodo de aprendizaje).

**Fase de Purgado:** en ella se permite el paso de una mínima cantidad de líquido desde la bolsa de infusión a la de drenaje. Se produce antes de la apertura del catéter del paciente. Posteriormente se cierra la parte del sistema que permite la infusión permaneciendo abierta únicamente la de drenaje.

**Fase de Drenaje:** se abre el catéter y comienza la salida del líquido presente en la cavidad abdominal. La duración de esta fase oscila entre 10-12 m y depende del volumen drenado (balance negativo = infundido + ultrafiltrado; balance positivo: infundido – absorbido) y del adecuado funcionamiento del catéter. Al finalizar esta fase se cierra el sistema de drenaje.

**Fase de Infusión:** corresponde a la entrada de líquido al interior de la cavidad peritoneal. Para ello se debe abrir el segmento del sistema que corresponde al de infusión. Su duración es de unos 8-10 m.

**Fase de Desconexión:** se realiza tras finalizar la infusión. Se cierra el catéter según el sistema que se utilice desconectándose del mismo. La

cantidad de diálisis administrada mediante DPCA se puede aumentar o disminuir si se modifica el volumen y/ó el número de intercambios (dosis).

Así, dentro de la DPCA, tenemos tres posibilidades terapéuticas para incrementar la dosis de diálisis:

1) dosis estándar con aumento de volumen, corresponde a 4 intercambios al día, pero el volumen de alguno de ellos (o de todos) se incrementa a > 2 L si físicamente lo toleran (los volúmenes de 2,5 ó 3 L suelen ser bien tolerados en decúbito)

2) dosis alta con volumen normal, en ella se mantienen los 2 L/intercambio pero se aumenta su número (para pacientes que no toleran grandes volúmenes); y

3) situaciones donde se aumenta tanto la dosis cómo los volúmenes (para pacientes anúricos, de gran superficie corporal ó transportadores bajos).

#### **Diálisis Peritoneal Automatizada:**

La DPA hace referencia al empleo de sistemas mecánicos (cicladoras o monitores). Esto permite programar una pauta de tratamiento (volumen total de líquido de diálisis, volumen por intercambio, tiempo de permanencia, tiempo total de tratamiento) según la dosis de diálisis establecida. Las fases de drenaje, infusión y permanencia se realizan de forma automática, por lo que el paciente solo tendrá que hacer la conexión y desconexión al inicio y final del tratamiento respectivamente. Todas las técnicas de DPA están pensadas para realizarse durante la noche mientras el paciente duerme. En función del esquema de tratamiento establecido la DPA ofrece dos variedades, que son: intermitente, donde existen periodos de tiempo en los que la cavidad peritoneal permanece sin líquido (seca); y continua, donde siempre existe líquido en su interior. Dentro de cada una de ellas existen diversas modalidades.

#### **Técnicas intermitentes:**

DPI (diálisis peritoneal intermitente): el tratamiento se realiza durante 40 horas semanales, divididas en periodos de 10-12 h. La cavidad peritoneal permanece vacía hasta la sesión siguiente. Se realizan múltiples cambios automatizados de corta duración. La dosis de diálisis por sesión es de 40-60 litros.

DPN (diálisis peritoneal nocturna): el tratamiento se realiza todas las noches o de forma alterna, con una duración de 8-12 horas por sesión. La dosis diaria es de 15-20 litros. Durante el día la cavidad peritoneal permanece vacía.

#### **Técnicas continuas:**

DPCC (diálisis peritoneal continua con cicladora): en esta se realizan 3-6 intercambios nocturnos, para un periodo nocturno de 8-10 horas, y uno diurno de larga duración 12-14 h. Se recomienda un volumen más alto en los intercambios nocturnos mientras que en el diurno a veces es necesario emplear un volumen más bajo, ya que las soluciones de glucosa tienen que ser más hipertónicas o a base de polímeros de la glucosa para evitar su absorción durante el periodo más largo.

DPM (diálisis peritoneal con marea o tidal): el fundamento de esta modalidad consiste en mantener un volumen de reserva (VR) intraperitoneal constante durante la sesión de tratamiento (1,2-1,5 l). Sobre este volumen se realizan intercambios rápidos con un volumen marea (VM) de 1-1,5 l. La dosis habitual por sesión es de 24-30 litros con una duración de 8-10 horas. Con esta técnica se eliminan los cortos periodos en los que la cavidad peritoneal está vacía y se aumenta la eficacia de la diálisis. Variaciones de la técnica original consisten en añadir uno o más ciclos durante el día para aumentar el aclaramiento de solutos de tamaño medio. La leve mejora en la depuración de solutos y su mayor coste limitan su aplicación.

DPA-ampliada o DP-plus: esta técnica combina cualidades de la DPCA y de la DPA, con 3-4 intercambios nocturnos con cicladora, con el volumen más alto que tolere el paciente, y más de un intercambio diurno realizado de forma manual o con la propia cicladora. En total la dosis administrada es de 12-15 l/día. Es una modalidad muy eficaz ya que permite aumentar el volumen de la infusión durante la noche, gran parte de la diálisis ocurre en posición supina y los tiempos de permanencia son óptimos.

Diálisis peritoneal de flujo continuo (DPFC): puede ser el futuro de la DP y se basa en la circulación constante del líquido de diálisis por medio de 2 catéteres, uno de entrada y otro de salida o de un único catéter de doble luz, pero manteniendo un volumen fijo intraperitoneal. Se emplearía un líquido de diálisis comercial que se regeneraría con producción "on-line" del mismo, permitiendo sesiones efectivas y cortas de DP. Aunque avanzado en su desarrollo el sistema continúa en fase experimental. Hay muy poca experiencia sobre su empleo, sin que hasta la fecha haya despegado como técnica habitual de DP, aunque en su diseño se está basando el desarrollo del pequeño riñón artificial portátil.

#### **Diálisis peritoneal asistida:**

El incremento de la edad media de los pacientes en diálisis y la importante comorbilidad asociada incapacitan a muchos de ellos para realizar por sí mismos la DP. El menor coste de la DP y su carácter de técnica domiciliaria hacen que en muchos de estos pacientes pueda estar indicada siempre que se disponga de asistencia de un familiar y/o de personal sanitario para la realización de los intercambios diarios. Esta ayuda puede realizarse en el domicilio del paciente o en residencias geriátricas con la asistencia de enfermería previamente entrenada. En la mayoría de los casos la modalidad de DP más indicada debería ser la DPA, por el menor número de conexiones y menor dedicación por ello del asistente. Aunque de poca implantación en España, la DP asistida en residencias o en domicilio por enfermera/o puede ser una buena alternativa para los pacientes

dependientes. Según el registro francés los pacientes que requieren DP asistida tanto en su domicilio como en residencias, tienen mayor edad y un índice de comorbilidad de Charlson más alto, con mayor mortalidad y menos posibilidad de trasplante, sin embargo, el fracaso de la técnica con transferencia a HD es menor que en los pacientes de igual edad pero autosuficientes.

Una experiencia recientemente publicada refiere supervivencias del 80% a los 12 meses y de 60 a los dos años, con una baja tasa de peritonitis, aunque también se ha comunicado que tanto la supervivencia del paciente como el mantenimiento en la técnica son peores que en los pacientes autosuficientes. Una indicación especial de la DP dentro de lo que significa la DP asistida es su consideración como forma de cuidados paliativos en pacientes previamente en HD y en los que sería su única opción cuando ya no hay acceso vascular o la inestabilidad hemodinámica es muy severa. Según se describe en un estudio que combina la experiencia francesa y danesa el coste de la DP asistida es comparable a la de la HD en centro, siendo la DPCA la modalidad más empleada en Francia y la forma automatizada la más común en Dinamarca.

### **Diálisis peritoneal adaptada**

La más reciente incorporación dentro de las combinaciones de DPA es la adaptada, que mezcla ciclos de permanencias cortas y volúmenes bajos con otros de permanencias largas y volumen de infusión altos, para mejorar la extracción de volumen y los aclaramientos de solutos. Todo ello se consigue sin alargar el tiempo de la sesión, sin aumentar el volumen total infundido y con una menor carga metabólica.

Elección de la técnica: tipo de membrana (TEP) y características del paciente (FRR, superficie corporal)

La diversidad de modalidades de DP, tanto en su forma manual como automática, permite establecer, según criterios funcionales marcados por el test de equilibrio peritoneal (TEP) y en base a los objetivos terapéuticos de dosis de diálisis adecuada ( $Kt/V$  y  $CCr$  semanal), tratamientos individualizados para cada paciente. En Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis se establece la modalidad de DP apropiada en función del tipo de membrana peritoneal caracterizada según el TEP, el grado de función renal residual y la superficie corporal. Debemos considerar que en aquellas situaciones donde los volúmenes de ultrafiltrado son bajos, existen suficientes alternativas dentro de la DP (nuevas soluciones de diálisis, diferentes esquemas terapéuticos y sistemas de tratamiento) que nos van a permitir alcanzar nuestros objetivos sin necesidad de usar de forma indiscriminada soluciones con altas concentraciones de glucosa que tienen un efecto negativo sobre la función de la MP.

### **Importancia de la función renal residual (FRR) en la dosis de DP**

La mayoría de los pacientes, cuando inician tratamiento sustitutivo mediante DP, todavía mantienen cierto grado de FRR, la cual se considera significativa cuando el  $CCr > 2$  ml/m [4]. Por este motivo, en estas primeras etapas no resulta determinante adecuar la modalidad de DP elegida al tipo de transportador, establecido según el TEP, al que pertenece el paciente. La FRR va a permitir por un lado disminuir las necesidades de ultrafiltración que se precisan gracias al volumen de orina eliminado y por otro a incrementar la tasa total de excreción de solutos. El mantenimiento de la FRR permite emplear en esa primera etapa la DP incremental, comenzando con dosis bajas de diálisis y con un incremento del número de intercambios o del volumen de los mismos según vaya descendiendo progresivamente la FRR [18], lo que permite conservar durante más tiempo la FRR con parámetros de diálisis adecuada, así como mantener la FRR y conseguir

una mejor función del trasplante en el primer año que los tratados con HD incremental.<sup>20</sup>

### **Manifestaciones de intra diálisis:**

Se considera crucial detectar posibles manifestaciones de intra diálisis, desnutrición o retención hídrica, que también son riesgos de complicaciones y que influyen en la disminución de la calidad de vida de las personas. Algunas manifestaciones asociadas a estos problemas son: anorexia, desorientación, sabor metálico en la boca, náuseas, vómito, halitosis, sangrado de tubo digestivo, acidosis metabólica, hiperpotasemia, inmunodepresión, hipoalbuminemia, astenia, adinamia, anemia, debilidad, depresión, trastornos del sueño, cefalea, edema pulmonar, disnea, entre otros.

La desnutrición en el enfermo con DP se asocia a complicaciones clínicas y a una mayor mortalidad. Por ser un tratamiento de depuración continua durante las 24 horas del día y por la exposición a dosis altas de glucosa existe la posibilidad de desarrollar obesidad, hiperglucemia o hipertrigliceridemia; por lo tanto, el conocimiento sobre la fisiopatología de los trastornos alimentarios, así como del estado metabólico y nutricional del enfermo es imprescindible para evitar que la DP se convierta en un riesgo. Para ello existen diversas herramientas de valoración nutricional como la escala de malnutrición e inflamación, el registro alimentario, el índice de masa corporal, las medidas antropométricas de masa muscular y grasa, la fuerza de agarre de la mano, la impedancia bioeléctrica, la densitometría y los marcadores bioquímicos, dentro de los cuales está la albúmina, la prealbúmina y transferrina sérica. La capacitación continua del paciente debe incluir datos de alarma de sospecha de peritonitis; cambios en la apariencia del líquido drenado, dolor abdominal agudo, fiebre, mal funcionamiento en los drenajes de dializado que se acompañen de sobrepeso o disnea, ultrafiltración excesiva que puede acompañarse de mareos, pérdida del estado de alerta y sensación de opresión precordial.

### **Maquina de Diálisis Peritoneal (cicladora)**

Las máquinas tienen el tamaño pequeño y son portátiles. La máquina ha sido diseñada para adaptarse a los patrones normales del sueño. El tratamiento puede interrumpirse si debe abandonar la cama para realizar alguna actividad ( ir al baño).

Las máquinas más modernas tienen tarjetas de datos programables. En estas tarjetas se pueden programar los detalles del tratamiento prescrito y se pueden grabar los datos de cada sesión de diálisis. Además de la máquina, los pacientes necesitan disponer de un espacio en sus casas para guardar el material y los líquidos de DP.

Los recambios peritoneales (extracción e introducción del líquido) los realiza la maquina durante la noche, a lo largo de 8-10 horas dejando el día libre, en general, por lo que es una buena opción para una persona activa laboralmente durante el día el paciente lleva líquido de diálisis que la maquina ha dejado tras el último recambio.

Las máquinas de diálisis peritoneal automática son seguras y de fácil manejo; para su funcionamiento y requieren una toma cercana de corriente eléctrica.

Como en la modalidad manual, se necesita un periodo de entrenamiento para aprender a utilizar la maquina y dura de 7 – 15 días.

Entrenamiento del paciente:

La enfermería tiene un papel relevante ante el paciente que va a iniciar TRS con DP, en cualquiera de sus modalidades, puesto que tiene que poner en marcha un plan de cuidados dirigidos a promover la salud, el autocuidado, la independencia del paciente y la integración socio-laboral y familiar. Para ello, debe dedicar parte de su tiempo a educar, informar y transmitir habilidades al paciente, de manera individualizada, en todo lo relacionado

con este TRS para que pueda realizarlo con éxito en su domicilio. El entrenamiento del paciente en el programa de DP, deberá incluir:

- Higiene del paciente y domicilio.
- Asepsia.
- Cuidado del catéter peritoneal y orificio de salida.
- Realización de DPA.
- Control de constantes vitales
- Nutrición e hidratación.
- Registro diario del tratamiento: signos vitales, peso, ultrafiltración, y Solución dializante, etc.
- Administración de medicamentos vía intraperitoneal.
- Administración de medicamentos vía subcutánea.
- Manejo del stock del material, en el domicilio, para realizar DP
- Detección de problemas asociados: fibrina, estreñimiento, peritonitis.

En el caso que el paciente elija la DPA, enfermería deberá, además, asegurarse que conoce la cicladora y que sabe solucionar cualquier eventualidad o alarma que pueda acontecer. El entrenamiento, que se puede realizar en el hospital o en el domicilio del paciente, concluirá cuando el paciente se sienta seguro realizando.

se realiza en La DPA el domicilio y requiere de una máquina automática que realiza los intercambios por la noche mientras el paciente duerme, aportándole mayor libertad durante el día. En este tipo de diálisis, el tratamiento se ajusta a las necesidades dialíticas del paciente, según su membrana y su función renal. 8 12 Está indicada en personas con actividad laboral, independientes, jóvenes, sin patología de base, responsables de la propia enfermedad y de la técnica que se va a realizar. Se utiliza para aumentar la dosis de diálisis, ya que las sesiones nocturnas pueden ser de

mayor volumen al estar en decúbito supino. Se pueden utilizar bolsas de mayor volumen, de 3 a 5 litros en total, disminuyendo de esta manera el número de conexiones.

### **Diálisis peritoneal de inicio no planificado: una oportunidad para un nuevo comienzo**

La diálisis peritoneal está muy subutilizada como tratamiento para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) a pesar de muchos beneficios potenciales, incluida la flexibilidad del estilo de vida, la preservación de la función renal, y el ahorro de costos en comparación con la hemodiálisis (HD). A pesar de estas ventajas, el 93% de los pacientes que requieren diálisis se inician en HD, la mayoría (80%) con un catéter venoso central (CVC). Estos últimos incurren en un alto riesgo de infección, hospitalización y muerte en el primer año de terapia, particularmente cuando se compara con un catéter de DP. Los esfuerzos generalizados para minimizar el uso de CVC se han visto obstaculizados por la continua dependencia de la HD para iniciar la ERT. terapia en aquellos sin acceso vascular permanente.

El modelo de atención de ESRD centrado en HD, con todas sus desventajas, ha evolucionado en respuesta a un conjunto complejo de factores, incluidas las condiciones económicas que favorecieron la HD y la industrialización de HD por parte de los proveedores de diálisis. Aunque la falta de atención previa a la ESRD claramente está relacionado con la preparación inadecuada del acceso vascular y el alto uso de CVC para pacientes que requieren diálisis en una emergencia, muchos pacientes requieren un catéter para un inicio de terapia de diálisis inesperado, o no planificado incluso bajo la atenta mirada de un nefrólogo. Más del 40% de los pacientes que reciben más de 12 meses de atención nefrológica inician la terapia de diálisis con un CVC y sin acceso vascular permanente. La disponibilidad inmediata de la colocación de CVC facilita el inicio relativamente fácil de la terapia de HD versus DP en la mayoría de los hospitales. Aunque estos problemas son bien conocidos, se han hecho muy

pocos progresos en el cambio de los patrones de práctica. Muchos nefrólogos practicantes se sienten impotentes para superar estos problemas sistemáticos arraigados, lo que lleva a la frustración y el mantenimiento del status.

En la última década, la DP de inicio no planificado ha ganado considerable interés en la comunidad de nefrología. La DP tradicional consiste en la colocación del catéter de DP y el inicio del entrenamiento después de un período de curación de 2 a 4 semanas. Este proceso requiere sincronización entre el paciente, el nefrólogo, el operador y el centro de diálisis. La infraestructura actual hace que sea difícil acomodar a pacientes que se presentan inesperadamente para diálisis. Dichas barreras logísticas se ilustran por el hecho de que muchos pacientes con educación adecuada previa a la ESRD y preferencia por la DP se inician con la terapia de HD. La DP de inicio no planificado se refiere a un enfoque que implica el inicio de la terapia de la DP antes de 2 semanas después de la inserción del catéter de DP . El tratamiento se realiza con bajos volúmenes de llenado en posición supina utilizando un ciclador para evitar fugas pericatóres. Numerosas experiencias clínicas con DP de inicio no planificado se han publicado o discutido en reuniones científicas y promovidas por la industria de diálisis. El tratamiento varía de tres veces por semana a diario, generalmente en el centro de diálisis ambulatorio durante 6 a 8 horas por día hasta que el paciente puede tolerar mayores volúmenes de llenado y someterse a un entrenamiento tradicional de DP. Esta atractiva alternativa a la terapia de HD predeterminada por un CVC.

### **Centro de Diálisis**

La mayor parte de la DP de inicio no planificado se realiza en el centro de diálisis ambulatorio. Es esencial que el nefrólogo remitente comprenda que debe existir una infraestructura y liderazgo adecuados en el centro de diálisis para implementar la EP de inicio urgente. Debe haber apoyo y un acuerdo claro entre el director médico, los nefrólogos que derivan y las

enfermeras de DP sobre la justificación y los objetivos del programa. Los nefrólogos que insisten en implementar DP de inicio no planeado en un centro de diálisis que carece de espacio o personal pueden ejercer una enorme presión sobre los recursos y la moral. Las enfermeras de DP se sentirán más comprometidas y responsables del éxito del programa si participan en las fases de planificación y el proceso de selección de pacientes. Las enfermeras deben sentirse seguras de que los pacientes remitidos a DP de inicio no planificado para pacientes externos son médicamente apropiados para la terapia. Esto se logra al permitir que las enfermeras de DP participen en el proceso de detección de DP de inicio no planificado al entrevistar a pacientes y usar cuestionarios estandarizados. La defensa dirigida por nefrólogos con operadores y hospitales puede fomentar el uso de mejores prácticas para reducir la cantidad de complicaciones encontradas por la enfermera de DP.

El entorno físico en el centro de diálisis también puede plantear un desafío. El centro de diálisis debe tener un espacio adecuado asignado para el entrenamiento y para acomodar camas o sillas que sean lo suficientemente cómodas para permitir que los pacientes se dialicen en posición supina. Los pacientes deben ubicarse en un área que sea visible y accesible para las enfermeras que se ocupan de otras tareas por razones de seguridad y reglamentarias. El que supervisa un programa de DP de inicio no planificado debe anticipar las consideraciones de personal y espacio, luego presionar a los administradores de diálisis por recursos suficientes para satisfacer necesidades y crecimiento anticipado.

Los nutricionistas y los trabajadores sociales son miembros importantes del equipo de DP de inicio no planificado. El manejo nutricional de los pacientes con EDP de inicio no planificado es un desafío. La uremia no tratada, la disminución del apetito por el dolor postoperatorio y la reducción de la motilidad intestinal contribuyen al riesgo de desnutrición. Los programas de DP de inicio no planificado pueden aumentar las derivaciones de pacientes

que tradicionalmente están excluidos de Terapia de DP por razones sociales. El trabajador social tiene la tarea de ayudar a los pacientes y a las familias con la ansiedad, el duelo y los ajustes relacionados con el inicio de la terapia de diálisis. En este período, también deben abordarse los asuntos relacionados con el seguro y el trabajo. Los nefrólogos y los administradores de diálisis deben asegurarse de que los roles importantes del dietista y el trabajador social no se pasan por alto.

Es fundamental anticipar que algunos pacientes con DP de inicio no planificado demostrarán una incapacidad para realizar autocuidado o elegir no permanecer en la terapia de DP.

A pesar de estas preocupaciones, la responsabilidad recae en los programas de DP de inicio no planificado para lograr bajas tasas de complicaciones. Si existe una infraestructura adecuada, los resultados de DP de inicio no planificado, idealmente, deberían ser comparables a los de los comienzos tradicionales de terapia de DP. Es necesario comprender claramente que las complicaciones observadas con la DP de inicio no planificado pueden mitigarse prestando especial atención a los resultados y las medidas de mejora de la calidad.

### **Paciente**

Los pacientes que comienzan una DP de inicio no planificado sufren un cambio de vida repentino y significativo. Ya sea planificado o no, la transición a la terapia de diálisis puede ser emocionalmente abrumadora para los pacientes y sus familias. Hablar con los pacientes sobre la DP de inicio no planificado puede ser un desafío, particularmente con personas que requieren diálisis sin atención previa o conocimiento de su enfermedad renal crónica avanzada. Esta tarea requiere conversaciones en profundidad con pacientes y familiares; Los educadores dedicados a la diálisis deben ser una parte integral de cualquier programa de DP de inicio no planificado deben compartir esta responsabilidad con el nefrólogo. Sin embargo,

muchos hospitales carecen de este recurso. La educación debe resaltar las ventajas y desventajas de cada terapia, con énfasis en el acceso adecuado a la diálisis, minimizando las complicaciones y las consideraciones de estilo de vida. Se deben establecer expectativas realistas, y los pacientes y sus familias deben poder expresar una comprensión verbal del proceso.

Desafortunadamente, los pacientes que se presentan con urgencia para terapia de diálisis pueden no tener la capacidad cognitiva o emocional para comprender completamente la opción de DP de inicio no planificado. Los pacientes también puede facilitarse con cuestionarios de detección o listas de verificación desarrolladas en colaboración con el personal del centro de diálisis para evaluar la elegibilidad de referencia. Idealmente, el nefrólogo y la enfermera de DP también deberían participar en el proceso. Las visitas tempranas de enfermeras a domicilio pueden proporcionar información invaluable para la planificación. La inversión adicional en tiempo para identificar candidatos apropiados de inicio urgente y educar adecuadamente a los pacientes y sus familias es de gran valor.

Algunos pacientes son tratados inicialmente con éxito con DP de inicio no planificado, solo para perder la motivación o el apoyo de sus cuidadores. El equipo de atención multidisciplinaria debe ayudar a fomentar los esfuerzos del paciente para ser más autosuficiente. Algunos pacientes con DP establecidos pueden estar dispuestos a compartir sus experiencias con pacientes con DP de inicio no planificado y sus familias para ayudar con la transición. Si bien la terapia de DP ofrece ventajas, como una mejor calidad de vida e independencia, se necesita atención multidisciplinaria coordinada para optimizar esas ventajas. Es importante que los nefrólogos revisen de manera rutinaria cada encuentro de DP de inicio urgente con otros miembros del equipo para evaluar la efectividad del proceso de selección de pacientes e identificación de áreas de mejora.

La DP de inicio urgente ofrece una oportunidad única y oportuna para cambiar el paradigma existente de la atención de diálisis, La adopción más

amplia de la terapia de DP de inicio no planificado aumentaría el uso de diálisis en el hogar y tendría el efecto saludador de reducir el uso de CVC y su morbilidad y mortalidad asociadas. Los autores han visto pocas oportunidades para reducir el uso predeterminado de CVC para iniciar la terapia de diálisis, hasta ahora. Si se planifica, coordina y entrega adecuadamente, la DP de inicio no planificado puede darnos la oportunidad de un nuevo comienzo en la forma en que tratamos la ESRD un impacto con consecuencias de largo alcance para nuestros pacientes y el modelo actual de atención de diálisis.

### **3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

En el presente plan de mejoramiento, sobre la atención no planificada en pacientes con diálisis peritoneal del servicio de nefrología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión del callao, se llevo a cabo desde:

- El punto de partida del análisis fue a inicio del año 2015 de todos los datos mensuales, con respecto a la incidencia de casos con urgencia dialítica y sin accesos vasculares (por fracaso) y con tiempo prolongado de inicio a la terapia dialítica en el servicio de nefrología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión.
- En cuanto a la incidencia total de casos con urgencia dialítica y sin accesos vasculares (por fracaso) y con tiempo prolongado de inicio a la terapia dialítica, encontramos cifras superiores a los estándares determinados y establecidos en el año 2015, con un porcentaje de 3.2% de pacientes con urgencia dialítica y sin accesos vasculares (por fracaso) y con tiempo prolongado de inicio a la terapia dialítica, en el año 2019 arrojo un porcentaje de 2.5% de pacientes con urgencia dialítica y sin acceso vascular (por fracaso), con inicio de urgencia o no planificado a la terapia dialítica de diálisis peritoneal de manera inmediata. Cabe señalar que percibimos una mejora en el inicio de urgencia o no planificado de la diálisis peritoneal a los pacientes que acuden al servicio de nefrología durante los años antes mencionados. Por lo que es de gran importancia y considero prioritario establecer medidas para ingresar de manera urgente o no planificado a los pacientes con necesidad dialítica a diálisis peritoneal, y es de responsabilidad de las autoridades del hospital mantener y mejorar la logística y el almacenamiento de los insumos para responder a las necesidades de los pacientes en diálisis peritoneal.

### **3. Plan de Gestión**

#### **I. Análisis de las causas que provocan el problema**

##### **1. Identificar el área y procesos a ser mejorados**

- Falta de funcionamiento de una unidad de diálisis peritoneal con atención integral en el inicio urgente o no planeado a diálisis en pacientes que llegan con urgencia dialítica.
- Falta de equipos médicos en la unidad de diálisis peritoneal área de procedimientos para la colocación urgente de un catéter peritoneal.
- Falta de apoyo asistencial, y administrativo.
- Falta de sensibilización de los profesionales de la salud, con respecto a la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada.
- La falta de compromiso del paciente y el apoyo e integración de la familia en el cuidado del paciente siendo este el pilar fundamental en el manejo.

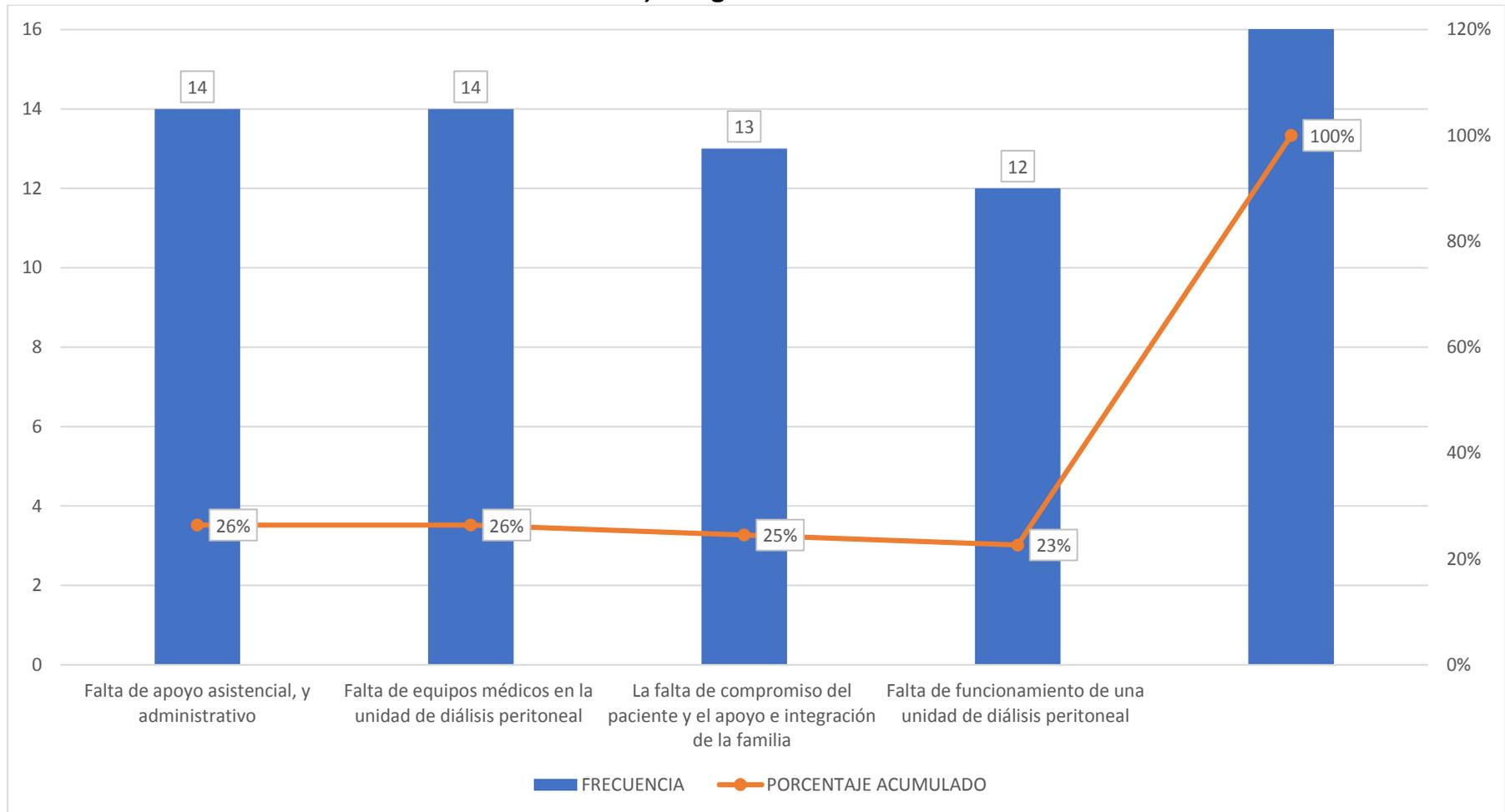
a) Matriz de priorización

Problemas	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN					TOTAL
	Tamaño del grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	
Falta de funcionamiento de una unidad de diálisis peritoneal con atención integral en el inicio urgente o no planeado a diálisis en pacientes que llegan con urgencia dialítica.	2	3	2	3	2	12

Falta de equipos médicos en la unidad de diálisis peritoneal área de procedimientos para la colocación urgente de un catéter peritoneal	2	3	1	3	3	12
Falta de apoyo asistencial, y administrativo.	3	3	2	3	3	14
Falta de sensibilización de los profesionales de la salud, con respecto a la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad	3	3	2	3	2	13

de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada.						
La falta de compromiso del paciente y el apoyo e integración de la familia en el cuidado del paciente siendo este el pilar fundamental en el manejo.	3	3	2	3	3	14

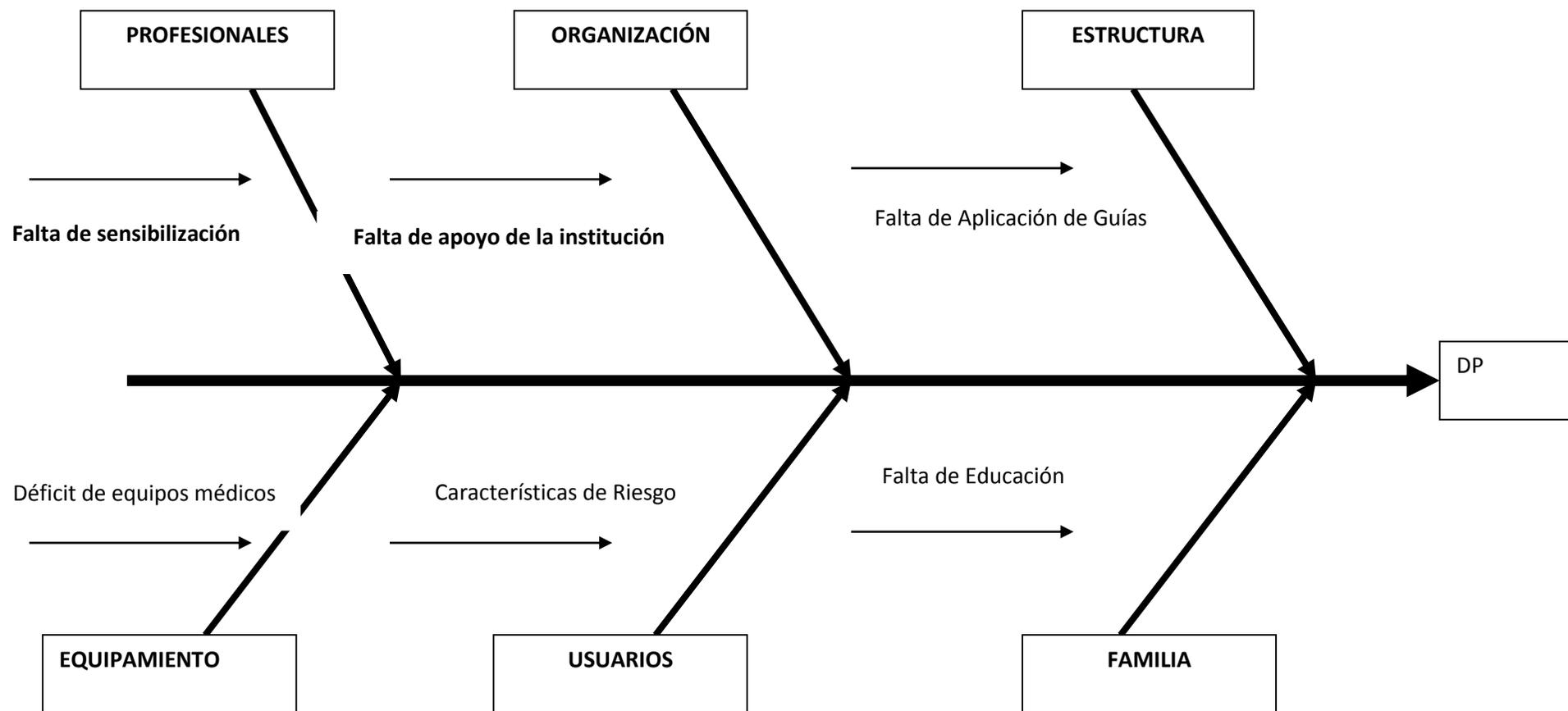
b) Diagrama de Pareto



c)

# 1 Descripción de las causas y efectos

## Diagrama de Ishikawa



**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PROBLEMAS-CAUSAS-CONSECUENCIAS**

<b>PROBLEMA PRIORIZADO</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSECUENCIAS</b>
<p>Falta de funcionamiento de una unidad de diálisis peritoneal con atención integral en el inicio urgente o no planeado a diálisis en pacientes que llegan con urgencia dialítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por no tener conocimiento del tema.</li> <li>• Por no tener espacios adecuadas para realizar los procedimientos</li> <li>• Por falta de insumos.</li> <li>• Por deficiencia de recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con urgencia dialítica.</li> <li>• Mayor incidencia de pacientes en riesgo de morir.</li> <li>• Mayor aumento de indicadores negativos</li> <li>• Mayor carga laboral.</li> </ul>
<p>Falta de sensibilización de los profesionales de la salud, con respecto a la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación tardía del paciente.</li> <li>• Aumento de colocación de CVCT.</li> <li>• Aumento de accesos vasculares estenosados.</li> <li>• Aumento de exposiciones a sala de procedimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor porcentaje de días en riesgo de infecciones.</li> <li>• Mayores riesgos de infección.</li> <li>• Mayor riesgo de circulación deficiente.</li> <li>• Incomodidad, para los pacientes sometidos a procedimientos.</li> </ul>
<p>Escases de equipos médicos en la unidad de diálisis peritoneal área de procedimientos para la colocación urgente de un catéter peritoneal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de equipamienent en el area de procedimiento para la colocación de catéter peritoneal.</li> <li>• Deficiencia en la adquisición de insumos para la atención de los pacientes sometidos a DP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales de salud se someterán a los procesos legales respectivos por la institución.</li> <li>• Mayor necesidad de diálisis, por sobrehidratación,, uremia,etc.</li> </ul>

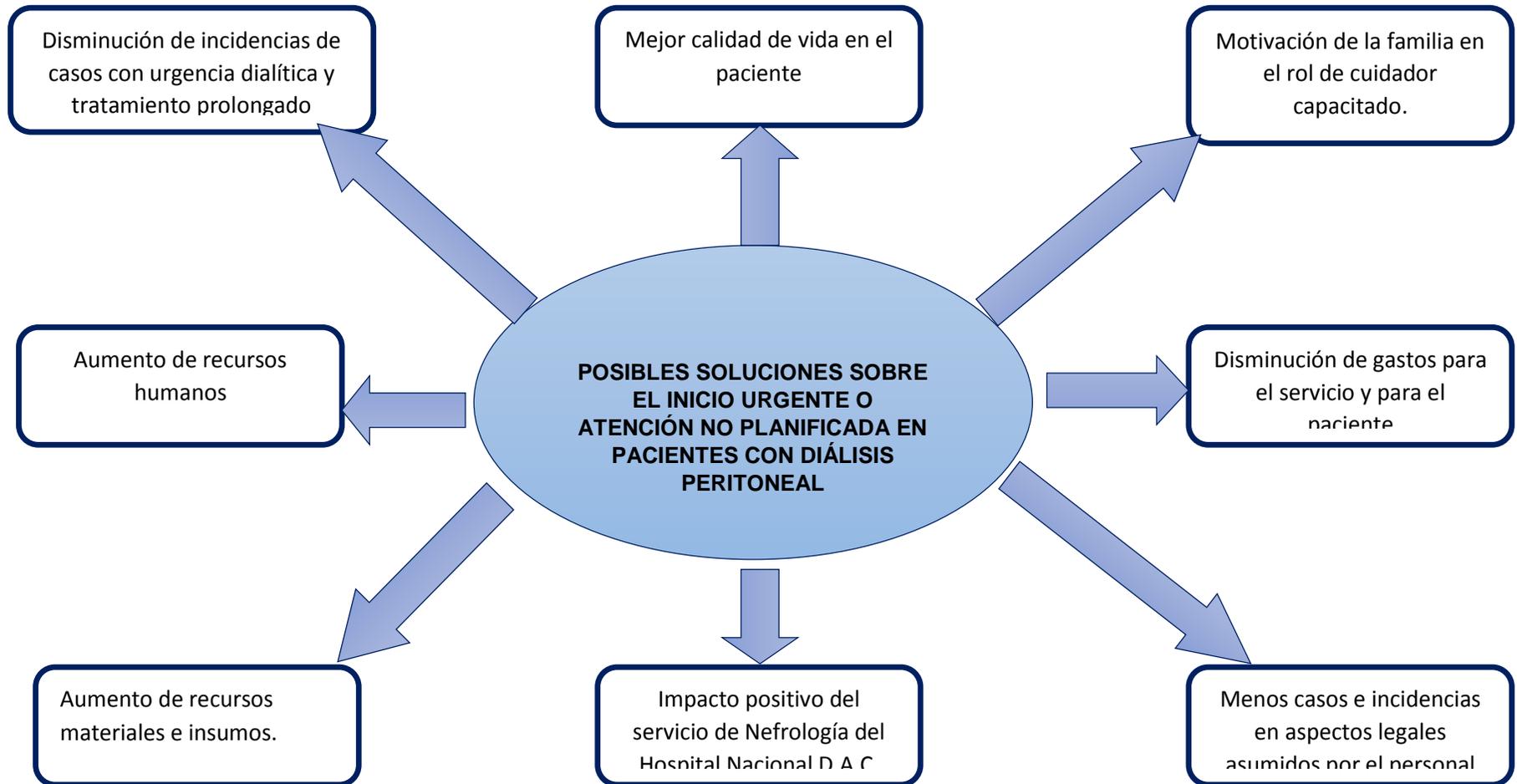
Falta de compromiso del paciente y el apoyo e integración de la familia en el cuidado del paciente siendo este el pilar fundamental del manejo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con poco interes en la terapia por asumir responsabilidad de su autocuidado.</li> <li>• Falta de integración de la familia para actuar como cuidador capacitado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la tasa de peritonitis.</li> <li>• Aumenta la sobrecarga de trabajo para el cuidador creando disconfor e incomodidad por las responsabilidades asumidas.</li> </ul>
Falta de apoyo asistencial, y administrativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal capacitado para la atención integral de los pacientes con urgencia dialítica.</li> <li>• Falta de organización para la adquisición de los insumos para diálisis peritoneal.</li> <li>• Logística limitante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de sobrecarga de trabajo por incidencia de pacientes</li> <li>• Aumenta el riesgo de complicaciones graves y mortalidad.</li> </ul>

## **II. Propuesta y planificación del plan**

### **a). Definición de objetivos y resultados de análisis**

- optimizar la calidad de atención con el funcionamiento adecuado de la unidad de diálisis peritoneal para atenciones no planificadas.
- Disminuir la incidencia de pacientes con urgencia dialítica y sin accesos vasculares (por fracaso) y con tiempo prolongado de inicio a la terapia dialítica.
- Fomentar el autocuidado en el entorno familiar adecuando la diálisis a su medio y no su medio a la diálisis
- Implementar con equipos médicos la sala de procedimientos para garantizar la calidad de atención durante la colocación del catéter peritoneal.
- Mejorar la organización para la adquisición de insumos de acuerdo a las necesidades de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal de inicio no planificado.

## Análisis de las posibles soluciones



**c). Decisiones para la solución**

Tiempo de Ejecución	MESES – AÑO 2019													
	Ene-Mar		Abr-May		Jun-Jul		Ago-Sep		Octubre		Noviembre		Diciembre	
	Al 15	Al 30	Al 15	Al 31	Al 15	Al 30	Al 15	Al 15	Al 30	Al 15	Al 31	Al 15	Al 31	Al 15
Organizar y asesorar al personal de enfermería para garantizar el inicio no planificado a diálisis peritoneal.														
Implementar a través de la gestión del Hospital, el material y recurso necesario para el buen cuidado del paciente.														
Aplicar registros existentes, guías de procedimientos.														
Gestionar el incremento de personal de acuerdo a la relación enfermera – paciente para DP, y coordinar el ingreso de insumos mensual..														

**PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA Y OPERATIVA**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE FIN</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>RECURSO</b>
<b>Falta de funcionamiento de una unidad de diálisis peritoneal con atención integral en el inicio urgente o no planeado a diálisis en pacientes que llegan con urgencia dialítica</b>	Impulsar el funcionamiento de la unidad de DP para pacientes con urgencia dialítica.	Reducir el riesgo de prolongar el tratamiento oportuno.	organizar y asesorar al personal de enfermería para garantizar el inicio no planificado a diálisis peritoneal.	07-01-2019	07-03-2019	Enfermeros asistenciales	Material audiovisual, folletos, trípticos.
Falta de sensibilización de los profesionales de la salud, con respecto a la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada.	Motivar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de los accesos vasculares.	Disminuir el porcentaje de indicador de calidad de diálisis adecuada.	Implementar a través de la gestión del Hospital, el material y recurso necesario para el buen cuidado del paciente.	01-04-2019	01-05-2019	Enfermero Jefe de área	Material audiovisual, folletos, trípticos.

<p>Falta de compromiso del paciente y el apoyo e integración de la familia en el cuidado del paciente siendo este el pilar fundamental del manejo.</p>	<p>Motivar el autocuidado en el entorno familiar adecuando la diálisis a los medios propios del paciente.</p>	<p>Aumentar el porcentaje de cuidadores capacitados para DP.</p>	<p>Aplicar registros existentes, y guías de procedimientos.</p>	<p>03-05-2019</p>	<p>03-08-2019</p>	<p>Enfermero Jefe de área y personal asistencial.</p>	<p>Material audiovisual, folletos, trípticos.</p>
--	---	--	---	-------------------	-------------------	---	---

Falta de apoyo asistencial, y administrativo.	Gestionar recursos humanos, materiales para Contribuir al mejoramiento de calidad de atención de los pacientes con DP y sus familias garantizando su calidad de vida.	Incorporar guías clínicas y demás instrumentos de gestión que requiera el servicio de DP para su operatividad administrativa y asistencial.	Gestionar el incremento de personal de acuerdo a la relación enfermera – paciente para DP, y coordinar el ingreso de insumos mensual.	05-08-2019	05-10-2019	Enfermero Jefe de área y personal de salud.	Material audiovisual, folletos, trípticos.
Escases de equipos médicos en la unidad de diálisis peritoneal área de procedimientos para la colocación urgente de un catéter peritoneal.	Gestionar recursos materiales para Contribuir al mejoramiento de calidad de atención de los pacientes con DP y sus familias garantizando su calidad de vida.	Solicitar por área hospitalaria los equipos necesarios para mejorar la calidad de atención	Implementar la unidad de diálisis peritoneal a través de la gestión para mejorar el cuidado del paciente.	07-10-2019	07-12-2019	Enfermero Jefe de área y personal de salud.	Material audiovisual, folletos, trípticos.

### **III. Implementación y seguimiento**

- a) La formación del personal de enfermería en el servicio de nefrología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión en la atención del inicio no planificado en los pacientes con urgencia dialítica
- b) Elaboración de una hoja de chequeo para la evaluación inicial del ingreso no planificado a diálisis peritoneal del servicio de nefrología del hospital nacional Daniel Alcides Carrión con la finalidad de garantizar los cuidados inmediatos.
- c) Gestión de las maquinas hoeme choice para diálisis peritoneal.
- d) Implementación de un kit de urgencia para el inicio no planificado a diálisis peritoneal:
  - Catéter tenckhoff (para diálisis peritoneal)
  - Titaneo (adaptados de metal)
  - Soluciones de 5 litros para DPA.
  - Ropa quirúrgica
  - Equipo de flebotomía
  - Materiales necesarios
- e) Gestión para el ingreso mensual de soluciones de diálisis peritoneal incluyendo el ingreso no planificado
- f) Coordinar el equipo de personal que implantará el catéter tenckhoff e iniciará la diálisis peritoneal no planificada.

### **IV. Evaluación**

De acuerdo a los objetivos e indicadores tenemos los siguientes:

Objetivo 1: Impulsar el funcionamiento de la unidad de DP para pacientes con urgencia dialítica.

Indicador: Falta de funcionamiento de una unidad de diálisis peritoneal con atención integral en el inicio urgente o no planificado a diálisis en pacientes que llegan con urgencia dialítica.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO			80%		
AVANZADO					

Objetivo 2: Motivar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de los accesos vasculares.

Indicador: Falta de sensibilización de los profesionales de la salud, con respecto a la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO			70%		

Objetivo 3: Motivar el autocuidado en el entorno familiar adecuando la diálisis a los medios propios del paciente.

Indicador: La falta de compromiso del paciente y el apoyo e integración de la familia en el cuidado del paciente siendo este el pilar fundamental en el manejo.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				80%	

Objetivo 4: Gestionar recursos humanos, materiales para Contribuir al mejoramiento de calidad de atención de los pacientes con DP y sus familias garantizando su calidad de vida.

**Indicador:** Falta de personal de enfermería y equipos médicos en la unidad de diálisis peritoneal área de procedimientos para la colocación urgente de un catéter peritoneal.

NIVELES	ETAPAS				
	NO INCIADO	PLANIFICADO	EJECUTADO	EVALUADO	N.A
INICIAL					
INTERMEDIO					
AVANZADO				80%	

### Ventajas y desventajas

Del 80% percibido en el gráfico, podemos decir que un 70% brinda una atención integral en el inicio urgente o no planificado en diálisis peritoneal a los pacientes que llegaban con urgencia dialítica y un 10% no brindaba atención integral en el inicio no planificado por algunas restricciones.

Del 70% mostrado en el presente gráfico se concluye que un 50% obtuvo organizado para realizar cuidados especializados sobre la importancia de conservar en condiciones optimas el acceso vascular del paciente en diálisis, siendo la permeabilidad de un acceso vascular un indicador de diálisis adecuada, y otro 20% no cumplió progresivamente con mantener en condiciones optimas el acceso vascular.

Del 80% presentado en el gráfico, podemos afirmar que el 60% de los pacientes tuvo conciencia y a la vez se comprometieron los familiares en el cuidado del paciente en diálisis, mientras que el 20% de pacientes y familiares no se comprometieron en el cuidado del paciente en diálisis.

Del 80% que se muestra en el gráfico, podemos decir que un 50% se cumplió ingreso progresivo de recursos humanos y recursos biomédicos y otros 30% no se obtuvo resultados favorables.

Teniendo en cuenta dichos resultados se presenta el seguimiento que se han hecho frente a los ingresos de pacientes con inicio urgente o no planificado a diálisis peritoneal en los pacientes que acuden al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el cual se empieza a gestionar, hacer seguimiento, e intervención para dar inicio a una atención integral al paciente con urgencia dialítica.

**Tabla N° 1**

**Seguimiento en la atención no planificado a pacientes con diálisis peritoneal**

<b>Atención no planificado a pacientes con diálisis peritoneal</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	22.22%	32.91%	19.27%	15%
<b>Atención convencional a pacientes con diálisis peritoneal</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2019</b>
	77.77%	67.08%	80.72%	85%

Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (2019)  
Elaboración propia

En la tabla N° 1 se presentan datos de atención en el inicio no planificado a diálisis peritoneal en el año 2017 fue el año que se pudo percibir un porcentaje 32.91% mayor a los años siguientes y con respecto a las atenciones de forma convencional en el año 2017 el porcentaje disminuyo con 67.08%. Esto me motiva a no dejar a ningún paciente sin soporte dialítico ya que con el inicio no planificado de la diálisis los pacientes pueden tener calidad de vida que garantiza la diálisis peritoneal en la urgencia dialítica permitiendo un resultado favorable para la institución en el cual laboro.

La diálisis peritoneal de urgencia o no planificado es muy frecuente en pacientes sometidos a hemodiálisis a través de un catéter transitorio lo cual acarrea múltiples complicaciones como infecciones y daño vascular relacionado con el tiempo de permanencia del catéter; esto asociado a la mala calidad vascular de algunos pacientes, resulta en pérdida de accesos vasculares viables para continuar terapia.

La diálisis peritoneal es una opción de terapia eficiente y segura, inclusive en casos extremos como ausencia de acceso vascular viable.

#### **4. CONCLUSIONES**

**a.-** Tras el plan de gestión en la atención no planificado a pacientes con diálisis peritoneal se concluye que cualquier paciente con urgencia dialítica y sin acceso vascular debe iniciar DP inmediatamente sin esperar una evaluación convencional.

**b.-** Como institución de salud se debería contar con todos los requerimientos necesarios para el inicio no planificado a diálisis peritoneal, mejor logística, mejor almacenamiento y distribución de las soluciones de DP.

**c.-** Una vez establecidas las acciones de mejora y medido los resultados, se puede afirmar que estamos en camino hacia el logro de nuestros objetivos, pero no todo es favorable y se evidencian problemas como el poco compromiso del paciente y la familia para el cuidado, el espacio físico, para en procedimiento en casa, los recursos materiales, requerimientos esenciales, la atención y seguimiento, los bajos recursos económicos, recursos humanos, materiales biomédicos especializados, frente a las posibles causas se continuará con la implementación de nuevas acciones para brindar una mejor atención de salud.

**d.-** El hospital Nacional Daniel Alcides Carrión debe desarrollar un mayor compromiso con los pacientes con urgencia dialítica, que requieren inicio de urgencia o no planificado de diálisis peritoneal..

## 5. RECOMENDACIONES

**a.-** Siendo la diálisis peritoneal un tratamiento paliativo que no logra la recuperación total de la salud del paciente, se hace necesario un trato humano, la intervención de enfermería, sus conocimientos y habilidades son fundamentales para ayudar a elevar la calidad de vida de los pacientes sometidos a diálisis peritoneal donde su participación activa permitirá mejorar los cuidados de enfermería.

**b.-** La práctica más eficiente para evitar las complicaciones van dirigidas al inicio no planificado a diálisis peritoneal para pacientes con urgencia dialítica con la integración de un equipo multidisciplinario para desarrollar un plan individualizado en la atención del paciente.

**c.-** Mejorar el trabajo en equipo en el servicio de nefrología a través de la participación activa del equipo multidisciplinario para alcanzar la satisfacción laboral.

**d.-** Que el hospital a través del departamento de enfermería y/o servicio de nefrología elabore estrategias a capacitar al personal multidisciplinario sobre el trato digno, la satisfacción del usuario que conduzca a mejorar la calidad de vida del paciente.

## 6. REFERENCIAS

1. ROMERO BAYAS, Blanca Stefania, ILLALBA FIGUEROA, Karla Jacqueline, España 2018 Autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua.
2. ESPINOZA COYA, Maria Elisa, Chile 2018; Efecto del programa e simulación “simula-pd” en el desarrollo de competencias para el automanejo en pacientes renales en peritoneodialis
3. MARIELA VILLACIS, Guayaquil 2016.Evaluacion de protocolos de diálisis peritoneal en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Provincial Docente Ambato, Guayaquil;
4. MERA MONDRAGON, Monica Nataly, SUCLUPE SANTIESTEBAN, Cinthia del Socorro, 2016: conocimientos y prácticas de autocuidado en los pacientes que reciben diálisis peritoneal, hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo Perú
5. HENDERSON, Virginia Modelos de la Enfermería Enfermeríaatravesdel tiempo Blogspot..com./2009/09/virginia-henderson-.html.
6. PEREZ PORTO, Julian y MERINO, Maria publicado 2010, actualizado 2013 accesible en: <http://definición de/paciente/.niddk.nih.gov/health>
7. Jhon T, Daugirdas, Peter G. Blake, Todd S. Ing, Manual de Dialisis 5ta Edición.
8. MONTENEGRO, Jesus, Tratado de diálisis peritoneal segunda edición 2015.
9. La implementación de diálisis peritoneal de inicio urgente reduce el uso de catéteres de hemodiálisis y la estancia hospitalaria en

pacientes con inicio de diálisis no planificado. Kidney Blood Press Res. 2019;44(6):1383-1391. doi: 10.1159/000503288. Epub 2019 Oct 16.

10. Requisitos de infraestructura para un programa de diálisis peritoneal de inicio urgente, *Perit Dial Int.* 2013 Nov-Dec

11. Keiko I. Greenberg, Diálisis peritoneal de inicio urgente: ¿ya llegamos? <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease> *BMC Nephrol* **21**, 39 (2020). <https://doi.org>.

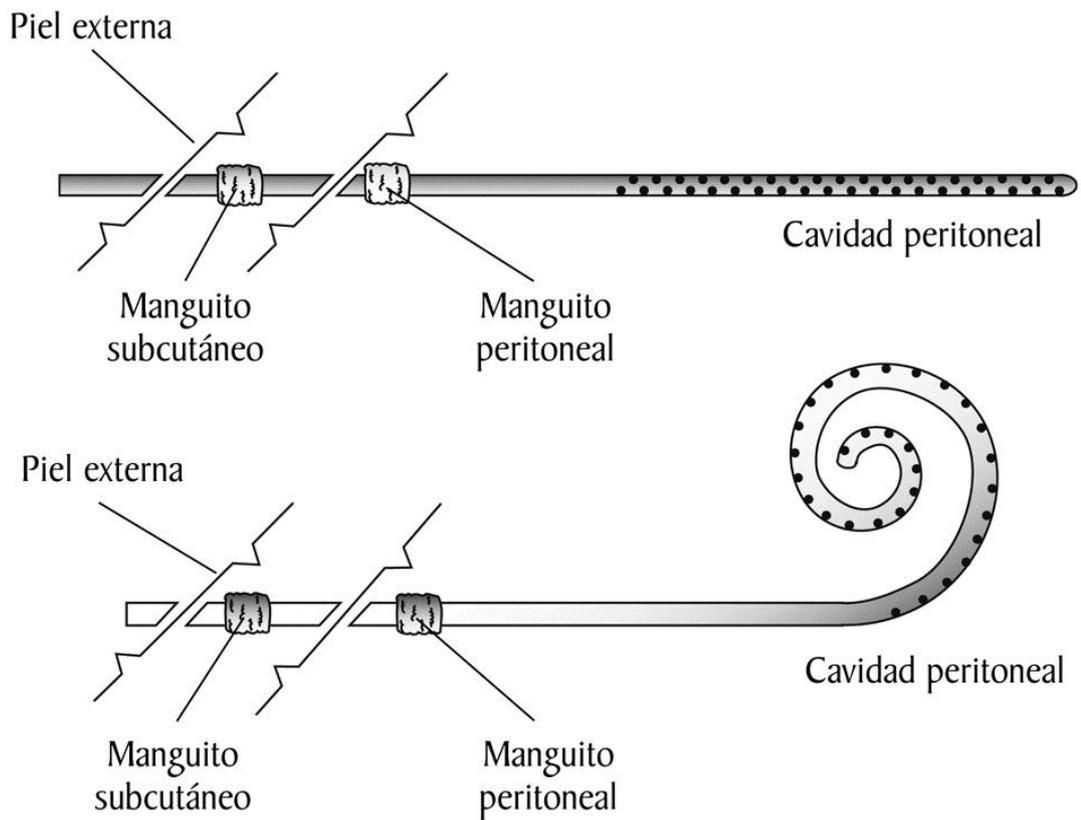
12 Insuficiencia Renal [https://www.niddk.nih.gov/health-](https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-)  
[information/kidney-](https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-)

Disease.

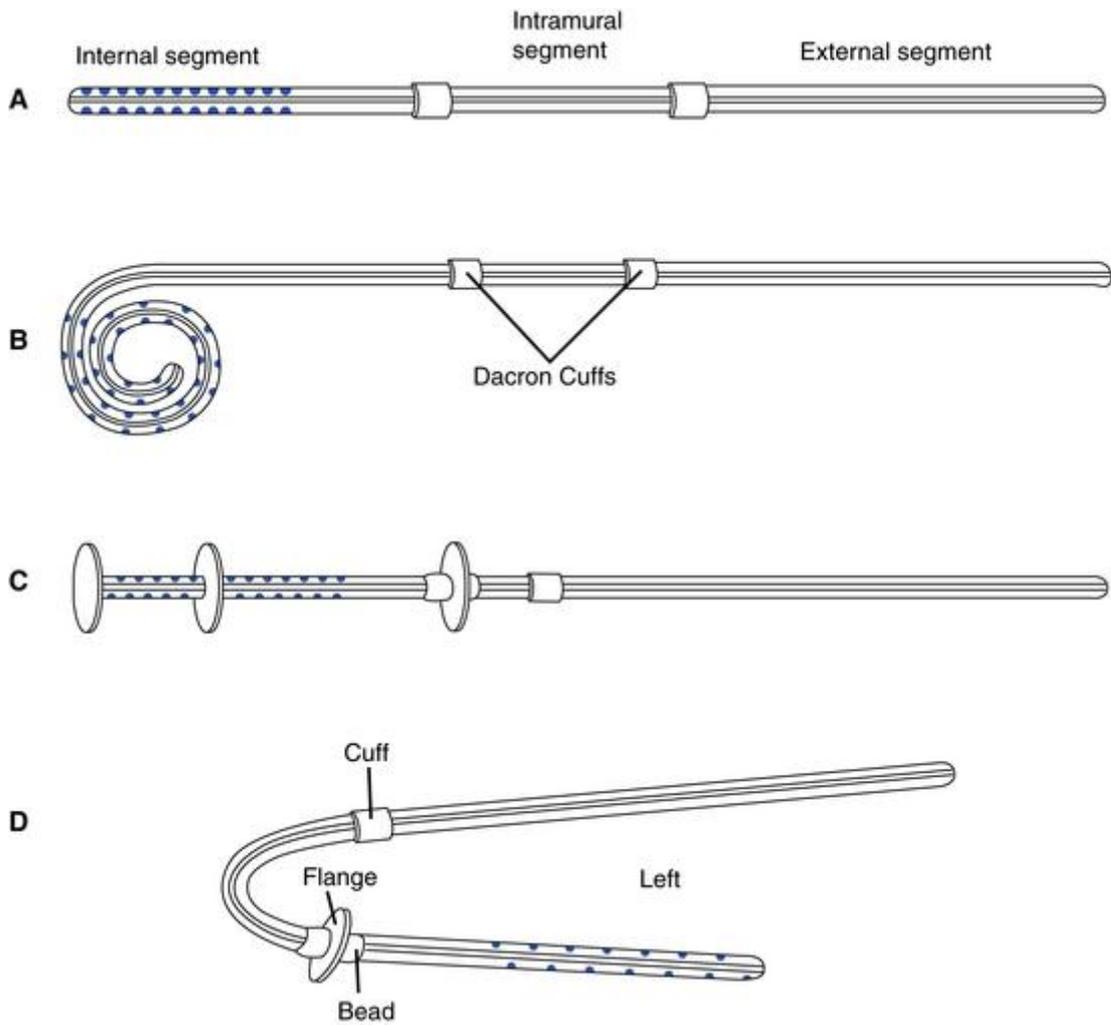
## **ANEXOS**

## IMÁGENES

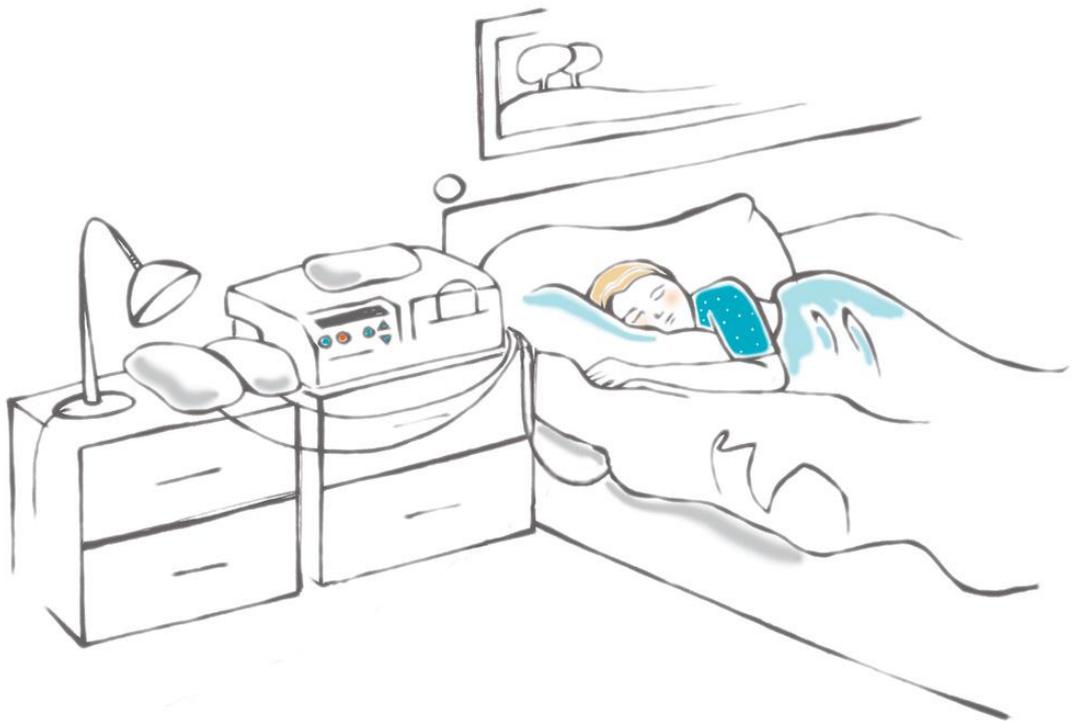
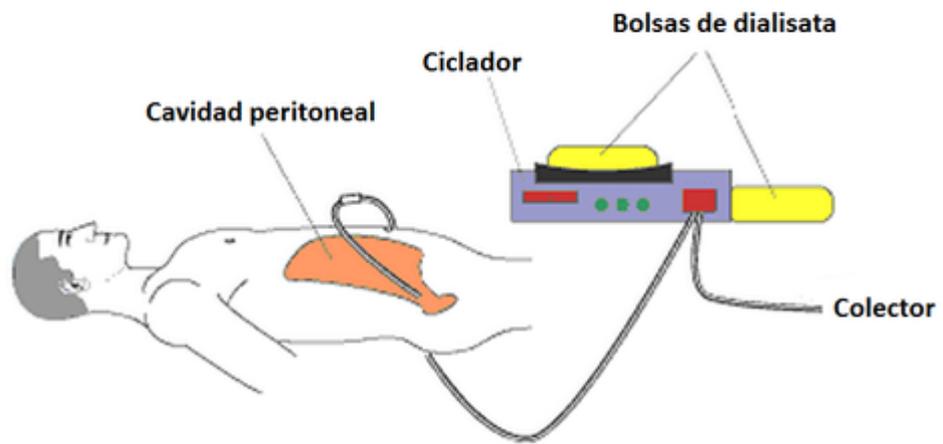
### CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL



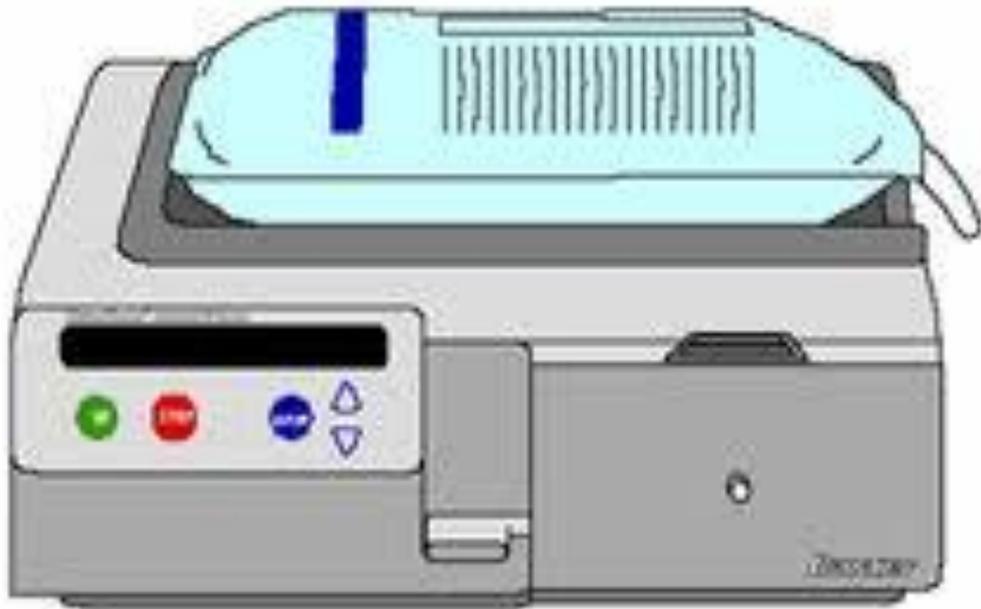
## TIPOS DE CATETERES PARA DIALISIS PERITONEAL



## DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA



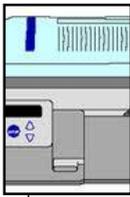
## MAQUINAS CICLADORAS





IMPLANTE DEL CATÉTER  
DENTRO DE LAS 24 HORAS





**INICIO DE LA TERAPIA:  
DPA DE INICIO NO  
PLANEADO EN PACIENTES  
CON URGENCIA DIALÍTICA**



**CAPACITACIÓN DEL  
PERSONAL  
MULTIDISCIPLINARIO**



**NUESTRO PACIENTES  
DE DIÁLISIS  
PERITONEAL**



## FORMATOS VARIOS

Este Formato es muy importante se aplica atodo paciente que ingresa a Diálisis Peritoneal de forma convencional, el cual se oviará si el paciente ingrea a **DP NO PLANIFICADO**, y solo ingresará con perfil de coagulación y hemoglobina,



**PROTOCOLO DE IMPLANTE DE CATETER TENCKOFF PARA DIALISIS PERITONEAL**  
**HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ H.CL: \_\_\_\_\_

FECHA DE IMPLANTE: \_\_\_\_\_

**EXAMENES PRE IMPLANTE:**

- Hemograma completo normal ( )
- Hemoglobina  $\geq 8$  gr/dl ( )
- Glucosa, urea y creatinina ( )
- Perfil de coagulación normal ( )
- Grupo y factor ( )
- Serología completa ( )
- Ecografía abdominal normal, opcional ( )

**REQUISITOS PRE IMPLANTE:**

- Sin antecedentes de cirugías Abdominales grandes ( )
- Sin alergia a medicamentos ( ). Si presenta: \_\_\_\_\_
- Consentimiento informado de colocación de catéter de Diálisis peritoneal firmado( )
- Suspensión de agentes antiagregantes 7 días previos ( )
- Suspensión de agentes anticoagulantes 24 horas previa ( )
- Hemodiálisis previa sin heparina ( )
- Orientación selectiva realizada por enfermería ( )
- Evaluación médica y realización H.Cl DP ( )
- Preparación previa por personal de enfermería ( )
- Programación para implante de Cateter ( )

### EVALUACION SELECTIVA DE ENFERMERIA

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° DE SIS \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: S C V D  
 PROFESION U OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 GRADO DE INSTRUCCIÓN \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 REFERENCIA \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 FORMA DE LLEGADA: CAMINANDO  SILLA DE RUEDAS  SOLO  ACOMPAÑADO   
 PROCEDENCIA: PREDIALISIS: \_\_\_\_\_ HEMODIALISIS \_\_\_\_\_ DESDE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 EN DONDE: CLIN. PRIVADA ( ) HOSP. NAC ( ) \_\_\_\_\_  
 FRECUENCIA: LVM  MJS  TURNO: \_\_\_\_\_ GR. SANGUINEO y Rh \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

#### DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

¿Por qué se dañaron sus riñones? \_\_\_\_\_ Dx médico de ERC \_\_\_\_\_  
 ¿Qué sabe Ud. acerca de su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué más necesita saber sobre su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué sabe Ud. de la Terapia Peritoneal? \_\_\_\_\_  
 FUMA?: NO ( ) SI ( ) Cant/Frec \_\_\_\_\_ BEBE LICOR?: NO ( ) SI ( ) Cant/Frec \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma actualmente?	Dosis/Frec.	Ultima dosis	Cumple?

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas \_\_\_\_\_

#### Estado de higiene

Piel y anexos \_\_\_\_\_ Vestido \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

#### DOMINIO 2: NUTRICION

**Estilo de alimentación:** N° de comidas por día \_\_\_\_\_ Apetito: Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( )  
 Carnes ( ) Menestras ( ) Pastas ( ) Cereales ( ) Verduras ( ) Legumbres ( ) Frutas ( ) Lácteos ( ) Dulces ( )  
 Gaseosas ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_  
**¿Cambio de peso en los últimos 6 meses?:** NO ( ) SI ( ) Aumentó \_\_\_\_\_ Kg, Disminuyó \_\_\_\_\_ Kg  
**Abdomen:** Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ), Cicatrices NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_  
**Hidratación de la piel:** Seca ( ) Turgente ( ), Edemas NO ( ) SI ( ) Tipo y Localización \_\_\_\_\_  
 Comentarios \_\_\_\_\_

#### DOMINIO 3: ELIMINACION

**Hábitos intestinales:** N° de deposiciones/día \_\_\_\_\_ Estreñimiento ( ), Diarreas ( ), Incontinencia ( ), Ostomia ( )  
 Comentarios \_\_\_\_\_  
**Hábitos vesicales:** Frecuencia/día \_\_\_\_\_ Volumen/día \_\_\_\_\_ ml, Disuria ( ) Incontinencia ( ) otros \_\_\_\_\_  
**Sistema de ayuda:** SI ( ) NO ( ) Pañal ( )

#### DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

N° de horas de sueño \_\_\_\_\_, dificultad para dormir NO ( ) SI ( ), Toma algo? \_\_\_\_\_  
**Capacidad de autocuidado** **Capacidad prensora** **Uso de aparatos de ayuda**  
 0 = Independiente \_\_\_\_\_ Puede sostener bl. de solución \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

1 = Ayuda de otros \_\_\_\_\_ Puede cerrar y abrir pinzas \_\_\_\_\_ Bastón \_\_\_\_\_  
2 = Ayuda del personal \_\_\_\_\_ Puede obturar y desobturar \_\_\_\_\_ Muletas o andador \_\_\_\_\_  
3 = Dependiente incapaz \_\_\_\_\_ S. de ruedas \_\_\_\_\_

**Movilidad de miembros**

Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( ) Fuerza muscular: Conservada ( ) disminuida ( ) Fatiga/cansancio SI ( ) NO ( )

**Riesgo periférico:** Extremidades superiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )

Extremidades inferiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )

**Actividad circulatoria:** Pulso braquial ( ) Radial ( ) Pedio ( ) Popliteo ( )

**Fistula Arterio Venosa:** Funcionante SI ( ) NO ( ) Ubicación \_\_\_\_\_ CVCT ( ) CVCP ( ) Ubicación \_\_\_\_\_

**Antecedentes Coronarios:** NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_

**DOMINIO 5: PERCEPCION/COGNICION**

Estado de Orientación: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( ) \_\_\_\_\_

Alteraciones sensoriales: Visuales ( ) Auditivas ( ) Táctiles ( ) Otras \_\_\_\_\_

Grado de Instrucción: Superior ( ) Secundaria ( ) Primaria ( ) Analfabeto ( ) \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

**DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION**

Concepto de sí mismo \_\_\_\_\_

Cómo se relaciona con la familia? \_\_\_\_\_

Cómo reacciona frente a las cirugías y enfermedades graves?: Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Rechazo ( ) Temor ( )

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

**DOMINIO 7: ROL/RELACIONES**

**COMPOSICION FAMILIAR**

Padres \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Cónyuge \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

**FUENTES DE APOYO**

Familia \_\_\_\_\_

Amigos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**SUS INGRESOS CUBRIERON LAS NECESIDADES BASICAS DE SU HOGAR**

SI  NO

**DOMINIO 8: SEXUALIDAD**

Actividad Sexual: NO ( ) SI ( ) Método de Plan. Fam. \_\_\_\_\_

Fecha de última regla \_\_\_\_\_, Períodos regulares? SI ( ) NO ( ), Secreción vaginal \_\_\_\_\_ Prurito \_\_\_\_\_

Ultimo control urológico \_\_\_\_\_ Ultimo control ginecológico \_\_\_\_\_

Qué espera que la Diálisis Peritoneal haga por usted?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONCLUSION** APTO ( ) NO APTO ( )

APT C/LIMITACIONES ( ) \_\_\_\_\_

"Indique la limitación y el tiempo estimado para superarla"

\_\_\_\_\_  
Firma y N° de colegio del responsable de la evaluación



DIALISIS PERITONEAL

HISTORIA QX - EVOLUCION DE ENFERMERIA

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

HCL: \_\_\_\_\_ SIS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO INDICADO \_\_\_\_\_ TECNICA \_\_\_\_\_

CIRUJANO \_\_\_\_\_ ENF. INSTRUMENTISTA \_\_\_\_\_

ASISTENTE \_\_\_\_\_ ENF. CIRCULANTE \_\_\_\_\_

I. EVOLUCION Y PREPARACION PRE IMPLANTE

PA: \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ RESP. \_\_\_\_\_

SE INSTALA VIA PERIFERICA CON CINA 9 %00 \_\_\_\_\_ gts x min RASURADO DE ABDOMEI SI  NO

UÑAS SIN ESMALTE SI  NO  PROTESIS DENTAL SI  NO

EVACUO VEJIGA? SI  NO  REFIERE BUEN EFECTO DE ENEMA EVACUANTE SI  NO

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

VIA ORAL

VIA PARENTERAL

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OTRAS APRECIACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA DE TURNO

II. EVOLUCION INTRAOPERATORIA

Via periférica \_\_\_\_\_ Vol. De CINA por pasar \_\_\_\_\_ cc, Hr. De Inicio \_\_\_\_\_ Hr. De Fin \_\_\_\_\_

Ascitis Artificial: \_\_\_\_\_ CINA 9%/00, Queda en cavidad \_\_\_\_\_ Punto de Jareta: \_\_\_\_\_

Flujo de Infusión: \_\_\_\_\_ Flujo de drenaje: \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_

Tunelización: Curvo  Recto  Ubicación de O.S. \_\_\_\_\_ Emergencia: \_\_\_\_\_

PA inicial: \_\_\_\_\_ PA intraop. \_\_\_\_\_ PA post operat \_\_\_\_\_

Medicamentos administrados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

OTRAS APRECIACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA

CONTINUA



VIENE → \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

III - EVOLUCION POST OPERATORIA

NIVEL DE CONCIENCIA (Escala de Glasgow) Marcov

- Apertura ocular (a)**
- \* Espontánea \* (4) ( )
  - \* A la voz \* (3) ( )
  - \* Al dolor \* (2) ( )
  - \* No responde \* (1) ( )

- Respia Verbal (b)**
- \* Orientado, mant. convers. \* (5) ( )
  - \* Confuso \* (4) ( )
  - \* Palabras inapropiadas \* (3) ( )
  - \* Sonidos incomprensibles \* (2) ( )
  - \* No responde \* (1) ( )

- Respia Motora (c)**
- \* Obedece ordenes (6) ( )
  - \* Localiza el dolor (5) ( )
  - \* Reacc. a estímulo (4) ( )
  - \* Postura de flexión (1) ( )
  - \* Postura de extenc. (2) ( )
  - \* No responde (1) ( )

Puntaje Total a+b+c=	15	( )
----------------------	----	-----

VIA PERIFERICA PERMEABLE SI  NO

HEMATOMA POR EXTRAIVASACION SI  NO

APOSITOS SECOS  HUMEDOS

SECRECION SEROSA

SECRECION HEMATICA

FUNCIONES VITALES: PA  PULSO

TP  RESP.

SOAPIE

S : Datos subjetivos se obtiene de la entrevista

O : Datos objetivos de la observación (exámen físico)

A: Análisis o Diagnóstico

P: Planificación

I : Se anotan las intervenciones del turno

INTERVENCION	HORA				

E : Evaluación y/o evolución, resultados esperados

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA



DIALISIS PERITONEAL

ENTRENAMIENTO EN SISTEMA MANUAL

Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ CP Instrucción \_\_\_\_\_

Cuidador \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Tiempo estimado en hrs \_\_\_\_\_ Tiempo utilizado \_\_\_\_\_

Responsable del Entrenamiento Lic \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:** Al culminar el periodo de preparación

- El paciente y/o cuidador será capaz de Realizar el cambio de bolsa sin error
- El paciente y/o cuidador será capaz de Administrar medicamentos correctamente
- El paciente y/o cuidador será capaz de Realizar los cuidados del Catéter y Oficio de Salida con Eficiencia
- El paciente y/o cuidador será capaz de Reconocer y Actuar oportunamente en complicaciones infecciosas, médicas y/o técnicas

DESARROLLO

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_

FIRMAS

I - CONTENIDO	OBJETIVO ESPECIFICO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	Enfermera
1. Deberes y Derechos del paciente	<input type="checkbox"/>	Exposición	* Proyección de Diapositivas	<input type="checkbox"/>
2. Normas de Atención en el Servicio de Diálisis Peritoneal	<input type="checkbox"/>	Entrevista	* Entrega de Manual del paciente	<input type="checkbox"/>
3. Proceso de consulta	<input type="checkbox"/>	Test	* Entrega de Kit del paciente	<input type="checkbox"/>
4. Soporte profesional	<input type="checkbox"/>		* Entrega de procedimiento escrito	<input type="checkbox"/>

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_

FIRMAS

II -CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	Enfermera
1. Anatomía y Fisiología renal	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Mostrar Video	<input type="checkbox"/>
2. Diálisis Peritoneal - Funcionamiento	<input type="checkbox"/>	Preguntas y Respuestas	* Mostrar sistema doble bolsa en simulador	<input type="checkbox"/>
3. Soluciones - Concentraciones	<input type="checkbox"/>			
4. Modalidades de Diálisis Peritoneal	<input type="checkbox"/>	Demostración	* Aplicar test	<input type="checkbox"/>
5. Principios de Asepsia	<input type="checkbox"/>	Redemostración	* Uso de rotalolio - Lavado de manos	<input type="checkbox"/>
6. Lavado de manos - Importancia	<input type="checkbox"/>			

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_

FIRMAS

III -CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	Enfermera
1. Proceso de Inicio de DP	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Mostrar y enseñar manipulación correcta de elementos	<input type="checkbox"/>
2. Presentación de los elementos	<input type="checkbox"/>	Práctica demostrativa		
3. Desinfección de la Mesa	<input type="checkbox"/>		* Demostración de procedimientos	<input type="checkbox"/>
4. Cómo calentar las soluciones	<input type="checkbox"/>		Desinfección de mesa	
5. Procedimiento de cambio de bolsa	<input type="checkbox"/>		Como calentar la bolsa	
Demostración			Cambio de bolsa	

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_

FIRMAS

IV - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	Enfermera
1. Cambio de Bolsa - Demostración	<input type="checkbox"/>	Práctica supervisada	* Aplicar lista de chequeo de cambio de bolsa	<input type="checkbox"/>
2. Redemostración	<input type="checkbox"/>	Demostraciones		
3. Balance hídrico - Registro	<input type="checkbox"/>	Uso de pizarra	* Poner ejemplos de balance	<input type="checkbox"/>
4. Cuidados peritoneales - Descarte	<input type="checkbox"/>			

CONTINUA →



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
"HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES GARRION"  
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL



VIENE →  
FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

V - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Cambio de bolsa - Redemonstración	<input type="checkbox"/>	Práctica demostrativa	* Aplicar lista de chequeo de cambio de bolsa	Enfermera
2. Catéter peritoneal - Cuidados	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Proyectar video de curación de Orificio de Salida	Paciente
3. Orificio de Salida - Cuidados	<input type="checkbox"/>	Ejemplos	* Entregar folletos educativos	
4. Infección del Orificio de Salida Signos y síntomas	<input type="checkbox"/>			

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

VI - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Peritonitis - Formas de contaminación signos y Síntomas	<input type="checkbox"/>	Exposición	* Proyección de diapositivas	Enfermera
2. Medidas de Urgencia	<input type="checkbox"/>	Demostración	* Demostración de adm. De medicamentos	Paciente
3. Adm. De medicamentos	<input type="checkbox"/>	Redemonstración	* Aplicar lista de chequeo	
4. Cambio de bolsa - Redemonstración	<input type="checkbox"/>		* Entregar material educativo	

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

VII - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Cambio de bolsa + Adm. Medicamer Redemonstración	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Aplicar lista de chequeo	Enfermera
2. HIGIENE: Corporal, vestido, vivienda Alimentos y ambiente.	<input type="checkbox"/>	Práctica supervisada	* Proyectar diapositivas	
			* Entregar material educativo	Paciente
			* Aplicar test	

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

VIII - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Deshidratación - Sobrehidratación Signos y Síntomas - Qué hacer	<input type="checkbox"/>	Exposición	* Proyección de rotafolio	Enfermera
2. Hipertensión - Signos y Síntomas	<input type="checkbox"/>	Discusión	* Demostración y Redemonstración	
3. Control de Presión Arterial y Temperatura - Demostración y Redemonstración	<input type="checkbox"/>	Taller	* Aplicar lista de chequeo	Paciente
4. Cambio de bolsa - Redemonstración	<input type="checkbox"/>		* Examen oral	

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

IX - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Obstrucción de Catéter - Fibrinas	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Durante el cambio de bolsa simule situaciones de obstrucción de catéter	Enfermera
2. Ruptura y/o desconexión de catéter o línea prolongadora - Acciones	<input type="checkbox"/>	Práctica demostrativa	* Entregue pinza de catéter y enseñe cómo usarla	
3. Cambio de bolsa + Adm. De medic.	<input type="checkbox"/>			Paciente

FECHA: \_\_\_\_\_ Hr. Inicio \_\_\_\_\_ Hr. Fin \_\_\_\_\_ Nº total de hrs. \_\_\_\_\_ FIRMAS \_\_\_\_\_

X - CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	FIRMAS
1. Aspectos nutricionales	<input type="checkbox"/>	Conferencia	* Proyección de diapositivas	Enfermera
2. Pirámide nutricional - Importancia	<input type="checkbox"/>	Demostración	* Entregar material educativo	
3. Uso del glucómetro (en DBM)	<input type="checkbox"/>	Evaluación	* Aplicar lista de chequeo como examen practico final	Paciente
4. Cambio de bolsa - Redemonstración	<input type="checkbox"/>		* Aplique test de preguntas genera	

CLASES REPETIDAS POR ATRAZO DE APRENDIZAJE

