



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 5 de Junio de 2019

VISTO: El Expediente N° 9393-2019 con el Informe Técnico N° 022-OGC-2019-HCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Oficio N° 047-2019-UDP-SNEFR/HCH, del Servicio de Nefrología;

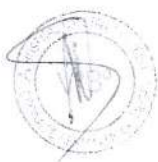
CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; Asimismo, el artículo 29 de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Que, a través de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud, en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud, Consentimiento Informado; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica, tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud;



Que, mediante Oficio N° 047-2019-UDP-SNEFR/HCH, el Jefe de Servicio de Nefrología solicita la revisión y aprobación de los "Formatos de Uso en Enfermería en la Unidad de Diálisis Peritoneal";

Que, a través del Informe Técnico N° 022-OGC-2019-HCH la Oficina de Gestión de la Calidad, opina a favor de la aprobación de los "Formatos de Uso en Enfermería en la Unidad de Diálisis Peritoneal";

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, se establece como funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de salud, estableciendo las normas y parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Servicio Nefrología, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 456-2019-OAJ/HCH;

Con visación del Jefe del Servicio de Nefrología, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR los Formatos de Uso en Enfermería en la Unidad de Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología, que se detallan a continuación y que forman parte de la presente resolución:

- Admisión de enfermería en diálisis peritoneal.
- Atención de enfermería ambulatoria al paciente en diálisis peritoneal automatizada.
- Atención de enfermería al paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Entrenamiento en sistema automatizado.
- Entrenamiento en sistema manual.
- Valoración inicial de enfermería diálisis peritoneal (Etapa Selectiva).
- Evolución de enfermería.
- Evolución de enfermería: inicio de diálisis peritoneal.
- Notas de enfermería.
- Valoración de enfermería – implante catéter.
- Valoración de los atributos del orificio de salida.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 5 de Junio de 2019

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Directiva.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

() ACPR/BIC/Chg
DISTRIBUCIÓN:

() DG
() OGC
() SN
() OAJ



CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
06 JUN. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

ADMISIÓN DE ENFERMERÍA EN DIALISIS PERITONEAL

Fecha: _____

Nombre: _____ HC: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ E. Civil: _____ Dni: _____
Dirección: _____ N° Teléfono: _____
Pto. De referencia: _____
Grado de Instrucción: _____ Profesión: _____
Hosp. De procedencia: _____ Motivo de referencia: _____
Modalidad de diálisis: _____ Esquema Tto: _____
Soporte familiar: _____

ANTECEDENTES

Dx. Médico de IRC: _____ Grupo Sang: _____ Rh: _____
Hemoglobina: _____ / _____ / _____ Alergias: _____ Especifique: _____
¿Tuvo o recibe diálisis? _____ Lugar: _____ Fecha: _____
Acceso Vascular: FAV _____ CVCT _____ CVCP _____
Tipo de membrana (PET) _____ Ktv _____ DCr _____
Observaciones: _____

ACCESO PERITONEAL Fecha de Inserción: _____ Técnica: _____ Fecha de Inicio en DP: _____
Último cambio de prolongador _____ Peritonitis _____ N° Veces _____
Fue entrenado: Completo _____ Incompleto _____ Lugar de recambio _____
Tratamiento antihipertensivo: _____
Otros medicamentos: _____

Medicina Específica: Epo _____ Fe _____ Calcitriol _____ Paricalcitol _____
Insulina _____ Warfarina _____
Serología: B ☐ C ☐ BC ☐ Negativo ☐

Vacunas Hepatitis B Completas _____
Hábitos de eliminación
FRR _____ cc/día N° Deposiciones _____ Estreñimiento _____ Diarreas _____
Capacidad de autocuidado _____ Capacidad Motora Fina _____

Examen Físico

Estado de higiene piel y anexos _____ Vestidos _____
Piel: Seca _____ Turgente _____ Edemas _____ Localización _____
Peso _____ Talla _____ PA _____ mmhg FC _____ T° _____ °C Resp _____
Estado de orientación _____ Tiempo ☐ Espacio ☐ Persona ☐
Alteraciones Sensoriales Visuales ☐ Auditivas ☐ Táctiles ☐
Observaciones: _____

Abdomen Normal ☐ Distendido ☐ Hernias _____
Orificio de Salida Ubicación y Emergencia _____ Clasificación _____



RIESGO PERIFERICO

Extremidades superiores	Normal ☐	Cianosis ☐	Frialdad ☐
Extremidades inferiores	Normal ☐	Cianosis ☐	Frialdad ☐
Presencia de Pulsos	Braquial ☐	Radial ☐	Poplíteo ☐ Pedio ☐

¿Lleva control cardiológico? _____

¿Lleva control ginecológico o urológico? _____

En preparación para trasplante _____ En lista de espera _____

Diagnóstico de Enfermería

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____

PLAN DE CUIDADOS

Cultivo de secreción faríngea ☐	Inicio de diálisis ☐
PET/KTV ☐	Presión intraperitoneal ☐
Curaciones Quirúrgicas ☐	Visita Domiciliaria ☐
Permeabilización ☐	Curación de O.S ☐
Instalación o cambio de línea ☐	Consulta de Enfermería ☐
Entrenamiento ☐	Entrevistar a Cuidador ☐
Reentrenamiento ☐	

Firma y sello de Enfermera



ATENCION DE ENFERMERIA AMBULATORIA AL PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

Paciente: _____ HC: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Tiempo en DP: _____ Sistema DP: _____ Marcadores Hepatitis: _____

ANAMNESIS

Apetito: _____ Sed: _____ Nauseas: _____

Sueño: _____ Prurito: _____ Debilidad: _____

PA: _____ FC: _____ FR: _____ Promedio UF _____ cc/24h

Peso: _____ Vol. Líquido P. _____ Vol. De Orina _____

Edemas _____ Líquidos Orales _____ Sat % _____

Diuresis: _____ cc/24h cc/24h Deposiciones _____ Frecuencia _____

RIESGO PERIFERICO

Extremidades superiores Normal Cianosis Frialdad _____

Extremidades inferiores Normal Cianosis Frialdad _____

Presencia de Pulsos Braquial Radial Poplíteo Pedio

Piel y anexos: _____ Otros: _____

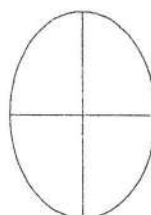
ORIFICIO DE SALIDA

Ubicación: _____ Emergencia: _____

Apreciaciones

Clasificación

D I



0- Perfecto

1- Bueno

2- Equivoco

3- Inf. Aguda

4- Inf. Crónico

5- Traumático

Exposición cuff

ATENCION: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

INTERVENCION

EVALUACIÓN



Firma y sello

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Paciente: _____ HC: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Tiempo en DP: _____ Sistema DP: _____ Marcadores Hepatitis: _____

ANAMNESIS

Apetito: _____ Sed: _____ Nauseas: _____

Sueño: _____ Prurito: _____ Debilidad: _____

ESQUEMA DE TTO

SOL.	VOL. De infusión	N° BOLSA
%		
%		
%		
N° de recambios		
Frecuencia		

PA: _____ FC: _____ FR: _____ Sat % _____ Promedio UF _____ cc/24h

Peso: _____ Vol. Líquido P _____ Vol. De Orina _____ Edemas _____

Diuresis: _____ cc/24h Líquidos Orales _____ cc/24h Deposiciones _____ Frecuencia _____

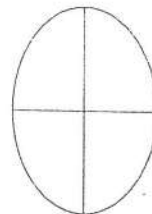
RIESGO PERIFERICO

Extremidades superiores Normal Cianosis Frialdad _____
 Extremidades inferiores Normal Cianosis Frialdad _____
 Presencia de Pulsos Braquial Radial Poplíteo Pedio _____
 Piel y anexos: _____ Otros: _____

ORIFICIO DE SALIDA

Ubicación: _____ Emergencia: _____ Clasificación
 D I

Apreciaciones



- 0- Perfecto
- 1- Bueno
- 2- Equivoco
- 3- Inf. Aguda
- 4- Inf. Crónico
- 5- Traumático
- Exposición cuff

ATENCION: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

INTERVENCION

Evaluación



Firma y sello



ATENCION DE ENFERMERIA AMBULATORIA AL PACIENTE EN DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

Paciente: _____ HC: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Tiempo en DP: _____ Sistema DP: _____ Marcadores Hepatitis: _____

ANAMNESIS

Apetito: _____ Sed: _____ Nauseas: _____

Sueño: _____ Prurito: _____ Debilidad: _____

ESQUEMA DE TTO

SOL.	VOL. De infusión	N° BOISA
%		
%		
%		
Ciclos		
Tiempo de permanencia		
Ult. infusión		
T de drenaje		

PA: _____ FC: _____ FR: _____ Promedio UF _____ cc/24h

Peso: _____ Vol. Líquido P. _____ Vol. De Orina _____

Edemas _____ Líquidos Orales _____ Sat % _____

Diuresis: _____ cc/24h cc/24h Depositiones _____ Frecuencia _____

RIESGO PERIFERICO

Extremidades superiores Normal Cianosis Frialdad _____

Extremidades inferiores Normal Cianosis Frialdad _____

Presencia de Pulsos Braquial Radial Poplíteo Pedio _____

Piel y anexos: _____ Otros: _____

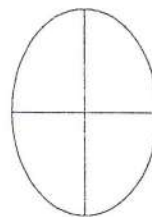
ORIFICIO DE SALIDA

Ubicación: _____ Emergencia: _____

Apreciaciones _____

Clasificación

D I



0- Perfecto

1- Bueno

2- Equivoco

3- Inf. Aguda

4- Inf. Crónico

5- Traumático

Exposición cuff

ATENCION: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

INTERVENCION

EVALUACIÓN



Firma y sello

ENTRENAMIENTO EN SISTEMA AUTOMATIZADO

FDP Enf - 04

Paciente _____ Edad _____ Historia C _____
Cuidador _____ Edad _____ Parentesco _____
Fecha de inicio _____ Tiempo estimado en hrs _____ Tiempo utilizado _____ Resp. Del entrenamiento Lic. _____

Objetivos de aprendizaje: Al culminar el periodo de preparación

El paciente y/o cuidador será capaz de realizar el procedimiento automatizado sin error

El paciente y/o cuidador será capaz de administrar medicamentos correctamente

Desarrollo

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido I	Metodología	Actividades
1. Deberes y derechos del paciente en APD	Exposición	Proyección de diapositivas
2. Acondicionamiento de la vivienda	Entrevista	Entrega de manual del paciente
3. APD - Definición - Principios	Test	Aplicar lista de chequeo para procedimiento manual
4. Cambio manual - Redemonstración		

Objetivo específico: _____ Observación _____
Lic. Responsable: _____ Paciente _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido II	Metodología	Actividades
1. Presentación de la cicladora - Cuidados	Preguntas y respuestas	Demostrar en físico la cicladora y sus componentes
2. Presentación de accesorios	Demostración	Demostrar los accesorios y su funcionamiento
3. Manipulación de los accesorios	Re demostración	Demostrar el inicio y la finalización de la terapia
4. Inicio de tratamiento		
5. Fin de tratamiento		
6. Redemonstración		

Objetivo específico: _____ Observación _____
Lic. Responsable: _____ Paciente _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido III	Metodología	Actividades
1. Redemonstración de inicio y fin de terapia	Practica demostrativa	Enseñar cebado de líneas
2. Revisión de programación de la cicladora		Enseñar opción de drenaje manual
3. Información de pantalla		
4. Ajuste de parámetros		

Objetivo específico: _____ Observación _____
Lic. Responsable: _____ Paciente _____



Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido IV	Metodología	Actividades
1. Manejo de alarmas	Practica supervisada	Ejercicios prácticos con el simulador
2. Solución de alarmas	Demostraciones	Enseñar que hacer en: Sismos, corte de fluido eléctrico
3. Ejercicios	Uso de Pizarra	
4. Redemonstración de todo lo avanzado		

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido V	Metodología	Actividades
1. Toma de muestra para Kt/v	Práctica demostrativa	*Proyectar video
2. Balance hídrico – Registro	Conferencia	*Entregar formato de balance en APD
3. Ejercicios	Ejemplos	
4. Descarte final - Cuidados		

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido VI	Metodología	Actividades
1. Evaluación final	Redemonstración	Aplicar test final
2. Examen de APD		Diseñar programación tentativa

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Clases repetidas por atraso de aprendizaje _____



ENTRENAMIENTO EN SISTEMA MANUAL

Paciente _____ Edad _____ Historia C _____
Cuidador _____ Edad _____ Parentesco _____
Fecha de inicio _____ Tiempo estimado en hrs _____ Tiempo utilizado _____ Resp. 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 orificio 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 _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido I	Metodología	Actividades
1. Deberes y derechos del paciente 2. Normas de atención en el servicio de diálisis peritoneal 3. Procesos de consulta 4. Soporte profesional	Exposición Entrevista Test	Proyección de diapositivas Entrega de manual del paciente Entrega de kit del paciente Entrega de procedimiento escrito

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido II	Metodología	Actividades
1. Anatomía y fisiología renal 2. Diálisis peritoneal - Funcionamiento 3. Soluciones - Concentraciones 4. Modalidades de Diálisis Peritoneal 5. Principios de asepsia 6. Lavado de manos - Importancia	Conferencia Preguntas y respuestas Demostración Re demostración	Mostrar video Mostrar sistema doble bolsa en simulador Aplicar test Uso de rotafolio - Lavado de manos

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido III	Metodología	Actividades
1. Proceso de inicio de DP 2. Presentación de los elementos 3. Desinfección de la mesa 4. Como calentar las soluciones 5. Procedimiento de cambio de bolsa demostración	Conferencia Practica demostrativa	Mostrar y enseñar manipulación correcta de elementos Demostración de procedimientos Desinfección de mesa Como calentar la bolsa Cambio de bolsa

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido IV	Metodología	Actividades
1. Cambio de bolsa - Demostración 2. Redemostración 3. Balance hídrico - Registro 4. Cuidados posteriores - Descarte	Practica supervisada Demostraciones Uso de Pizarra	Aplicar lista de chequeo de cambio de bolsa Poner ejemplos de balance

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente _____



Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido V	Metodología	Actividades
1. Cambio de bolsa - Redemonstración 2. Catéter peritoneal - Cuidados 3. Orificio de salida - Cuidados 4. Infección del orificio de salida. Signos y síntomas	Práctica demostrativa Conferencia Ejemplos	*Aplicar lista de chequeo de cambio de bolsa *Proyectar video de curación de orificio de salida *Entregar folletos educativos

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido VI	Metodología	Actividades
1. Peritonitis - Formas de contaminación signos y síntomas 2. Medidas de urgencia 3. Administración de medicamentos 4. Cambio de bolsa - Redemonstración	Exposición Demostraciones Redemonstración	Proyección de diapositivas Demostración de adm. de medicamentos Aplicar lista de chequeo Entregar material educativo

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido VII	Metodología	Actividades
1. Cambio de bolsa - Adm. de medicamentos Redemonstración 2. Higiene: Corporal, vestido, vivienda, alimentos y ambiente	Conferencia Práctica supervisada	Aplicar lista de chequeo Proyectar diapositivas Entregar material educativo Aplicar test

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido VIII	Metodología	Actividades
1. Deshidratación - Sobrehidratación Signos y síntomas - Que hacer 2. Hipertensión - Signos y síntomas 3. Control de presión arterial y temperatura: Demostración y redemonstración 4. Cambio de bolsa - Redemonstración	Exposición Discusión Taller	Proyección de rotafolio Demostración y redemonstración Aplicar lista de chequeo Examen oral

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido IX	Metodología	Actividades
1. Obstrucción de catéter - Fibrinas 2. Ruptura y/o desconexión de catéter o línea prolongadora - Acciones 3. Cambio de bolsa - Administración de medicamentos	Conferencia Práctica demostrativa	*Durante el cambio de bolsa simule situaciones de obstrucción de catéter *Entregue pinza de catéter y enseñe como usarla

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Fecha _____ Hora Inicio _____ Hora Fin _____ N° total de horas _____

Contenido X	Metodología	Actividades
1. Aspectos nutricionales 2. Pirámide nutricional - Importancia 3. Uso del glucómetro (en DBM) 4. Cambio de bolsa - Redemonstración EXAMEN	Conferencia Demostración Evaluación	*Proyección de diapositivas *Entregar material educativo *Aplicar lista de chequeo como examen práctico final *Aplicar test de preguntas general

Objetivo específico: _____ Observación _____

Lic. Responsable: _____ Paciente: _____

Clases repetidas por atraso de aprendizaje _____



VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA EN DIALISIS PERITONEAL
(Etapa Selectiva)

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____ Edad _____
Fecha de nacimiento: _____ Dni _____ Teléfono _____ HC _____
Dirección: _____
Referencia: _____ Hospital procedencia: _____
Grado de instrucción: _____ Profesión u Ocupación: _____
Forma de llegada: Caminando () Silla de ruedas () Solo () Acompañado ()
En HD: Si () No () tipo de acceso venoso _____ fecha de Inicio: _____
Hospital a que pertenece _____ clínica actual donde se dializa _____
Frecuencia: () Turno: _____ Grupo sanguíneo y Rh _____
Trasplantado Si () No () fecha que perdió el injerto _____ causa _____
Peso: _____ Talla: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____
Nombre de la persona que se le realizara la encuesta _____
motivo (solo si procede) _____

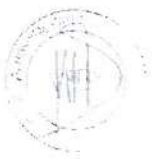
Dominio 1: Promoción de la salud

¿Qué sabe Ud. acerca de su enfermedad? _____
¿Qué necesita saber de su enfermedad? _____
¿Por qué se dañaron sus riñones? _____
Dx. Medico: _____ Comentarios: _____
Hábitos: Tabaco _____ Cant/Frec _____ Alcohol _____ Cant/Frec. _____ otros _____
Consume medicamentos con o sin indicación: _____
¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec Ultima dosis Motivo de incumplimiento

Estado de higiene: _____
Piel y anexos: _____ Vestido: _____
Comentarios: _____

Dominio 2: Nutrición

Estilo de alimentación: Nº comidas por día: _____
Carnes () Menstras () Pastas () Cereales () Verduras () Legumbres () Frutas () Lácteos ()
Gaseosas () Dulces () Otros _____
Apetito: Bueno () Regular () Deficiente () Cambio de peso durante los últimos 6 meses: Si () No ()
Aumentó _____ kg Disminuyó _____ kg
Abdomen: Normal () Distendido () Doloroso () Cicatrices _____
Hidratación de la piel: Seca () Turgente () Edemas _____
Comentarios: _____



Dominio 3: Eliminación

Hábitos intestinales: N° deposiciones/día _____ Estreñimiento () Diarreas () Incontinencia ()
Ostomía () Comentarios: _____
Hábitos vesicales: Frecuencia/día _____ Volumen/día _____ Disuria () Incontinencia () Otros ()
Sonda Foley Si () No () Pañal ()

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Horas de sueño: _____ Dificultad para dormir _____ Toma algo _____
Capacidad de auto cuidado
0 Independiente () 1 Ayuda de otros () 2 Ayuda del personal () 3 Dependiente incapaz ()
Capacidad prensora
Puede sostener bolsa de solución () Puede cerrar y abrir pinzas () Puede obturar y desobturar ()
Uso de aparatos de ayuda
Ninguno () Muletas () Andador () Silla de ruedas () Bastón () Otros _____
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 arteriovenosa: Funcionante Si () No () Ubicación _____
aneurisma arteria venoso Si () No () ubicación _____
CVC Temporal () Permanente () Ubicación _____ funcional _____
Cuenta con accesos venos _____ Antecedentes coronarios: No () Si () _____

Dominio 5: Percepción/Cognición

Orientado: Tiempo () Espacio () Persona () comentarios _____
Alteraciones sensoriales: Visuales () Auditivas () Táctiles () comentarios _____
Grado de instrucción: Superior () Secundaria () Primaria () Analfabeto () Comentarios: _____

Dominio 6: Auto percepción

Concepto de si mismo _____
Relación con la familia _____
Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad () Indiferencia () Desesperanza ()
Rechazo () Temor () Comentarios _____

Dominio 7: Rol/Relaciones

Estado civil: _____ Padres _____ Cónyuge _____ N° hijos _____ Hermanos _____
Con quien vive: Solo () Su familia () Otros () comentario _____
Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros () comentario _____
¿Sus ingresos cubren las necesidades básicas de su hogar? Si () No ()
Comentarios _____



Dominio 8: Sexualidad

Actividad sexual: No () Si () Método de Planificación Familiar _____
Fecha última regla _____ Periodos regulares Si () No () _____
Secreción vaginal _____ Prurito _____ ETS _____
Último control urológico _____ Último control ginecológico _____

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

Tienes conflictos en tu vida de pareja SI () NO ()
Te enfadas con mucha facilidad SI () NO ()
A menudo te sientes poco amado SI () NO ()
Te sientes solo y vacío SI () NO ()
Sientes que en tu casa no te valoran como te lo mereces SI () NO ()
Te sientes mal contigo mismo SI () NO ()

DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES

Cree en Dios _____
Religión que profesa _____
Creencias religiosas que puedan influir en su salud o tratamiento _____
Recibe algún apoyo de parte de alguna institución religiosa _____

DOMINIO 11 SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Recibe tratamiento inmunosupresor SI () NO () _____
Desnutrición SI () NO () _____
Ha presentado temperatura altas en estos últimos días SI () NO () _____
Presenta alguna limitación física que impida su tratamiento SI () NO () _____

DOMINIO 12 CONFORT

En el ambiente que vive tiene tranquilidad SI () NO ()
Cuenta con un ambiente que mantenga su privacidad SI () NO ()
Presenta dolor en alguna parte del cuerpo SI () NO ()
Tiene alguna persona como soporte _____
Cree usted que le quieren hacer daño SI () NO () _____
Manifiesta ideas inapropiadas para su edad SI () NO () _____

DOMINIO 13 CRECIMIENTO / DESARROLLO (opcional)

Presenta retraso en las habilidades cognitivas SI () NO ()
Presenta retraso en habilidades sociales y emocionales SI () NO ()
Presenta retraso en habilidades del habla y el lenguaje SI () NO ()
Presenta retraso en habilidades motoras finas y gruesas SI () NO ()

¿Qué espera que la diálisis peritoneal haga por usted



Diagnóstico de Enfermería

Observaciones

Conclusión

Apto ()

No apto ()

Apto con limitaciones () _____

Firma y N° colegio del evaluador



NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA

Fecha/Hora

[illegible]

EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA: INICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Fecha: _____

Paciente: _____ HC: _____

Peso seco: _____ Vol. Inf. Recomendado: _____

Peso actual: _____ Altura de soporte: _____

P. Arterial: _____ Permanencia: _____

Edemas: _____ Modalidad: _____

FRR aproximada: _____ Presión intraperitoneal: _____ cCH₂O

Función intestinal: Normal () Estreñimiento () Diarrea ()

Primer Cambio Evaluación de O.S.	Hora _____ Solución de diálisis % _____ Drenaje inicial _____
	Vol. Infusión _____ Tiempo Infusión _____
	Síntomas _____
	Procedimiento correcto: SI () NO () Utilizo ayuda: SI () NO () Otras apreciaciones _____
Segundo Recambio	Hora _____ Tiempo de drenaje _____ Volumen _____ UF _____
	Característica del drenaje: Caudal _____ Aspecto _____ Fibrina _____
	Síntomas _____
	Infusión: Hora _____ Sol % _____ Volumen _____ Procedimiento correcto: SI () NO () Utilizo ayuda: SI () NO () Otras apreciaciones _____
Tercer Recambio	Hora _____ Tiempo de drenaje _____ Volumen _____ UF _____
	Característica del drenaje: Caudal _____ Aspecto _____ Fibrina _____
	Síntomas _____
	Infusión: Hora _____ Sol % _____ Volumen _____ Procedimiento correcto: SI () NO () Utilizo ayuda: SI () NO () Otras apreciaciones _____
Cuarto Recambio	Hora _____ Tiempo de drenaje _____ Volumen _____ UF _____
	Característica del drenaje: Caudal _____ Aspecto _____ Fibrina _____
	Síntomas _____
	Infusión: Hora _____ Sol % _____ Volumen _____ Procedimiento correcto: SI () NO () Utilizo ayuda: SI () NO () Otras apreciaciones _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA

FECHA	HORA	TURNO						
VALORACIÓN	S							
	O							
DIAGNOSTICO	A							
	OBJETIVO P							
EJECUCIÓN		Procedimiento de Diálisis Peritoneal	Hora	Soluc. %	Vol. de Infusión	Vol. de Drenaje	UF	Obturador
		TOTAL						
EVALUACIÓN	E							
Firma y Sello								
APELLIDOS Y NOMBRES:								
DIAGNOSTICO MEDICO:								
Grado de dependencia		Servicio		Edad		N° Historia clínica		Amb/Hosp
I - II - III - IV		Diálisis Peritoneal						



Valoración de Enfermería - Implante de Catéter

Fecha _____

Nombres: _____ HC: _____

Procedimiento: _____ Técnica: _____

Cirujano: _____ Asistente: _____

Enf. Instrumentista: _____ Circulante: _____

I.- PREPARACION PRE IMPLANTE

PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____ Vía periférica _____

Ayunas _____ Rasurado de abdomen _____ Uñas sin esmalte _____ Prótesis dental _____

Evacu vejiga _____ Enema con efecto _____

Medicamentos administrados _____

Observación: _____

Firma y CEP

II.- INTRAOPERATORIO

Hora Inicio: _____ Hora Final: _____ Vía periférica: _____

Ascitis artificial: _____ Queda en cavidad: _____ Punto de Jareta _____

Flujo de infusión _____ Flujo de drenaje _____ Aspecto _____

Tunelización: Curvo _____ Recto _____ Ubicación O.S. _____ Emergencia _____

PA inicial _____ PA intraoperatorio _____ PA post operatoria _____

Medicamentos administrados _____

Material / Insumos utilizados

Firma y CEP



III.- POST OPERATORIO

Glasgow _____ PA _____ FC _____ FR _____ T° _____

Vía Periferica _____

Apósitos: Secos _____ Húmedos _____ Secreción serosa _____ Secreción hemática _____

SOAPIE

S: _____

O: _____

A: _____

P: _____

I: _____

E: _____

Firma y CEP _____



VALORACION DE LOS ATRIBUTOS DEL ORIFICIO DE SALIDA

Paciente: _____ Fecha: _____

Ubicación: _____ Emergencia: _____

ORIFICIO EXTERNO

Color de la piel

- ☐ Natural
☐ Oscuro alrededor
☐ Púrpura
☐ Rosa Pálido
☐ Eritema / Medida _____

Dolor

- ☐ Presente
☐ Ausente

Edema

- ☐ Presente
☐ Ausente

Secreción

- ☐ Ausente
☐ Exudado seco
☐ Claro
☐ Purulento
☐ Sanguinolento

Costra

- ☐ Ninguna
☐ Pequeña
☐ Grande
☐ Fácil remoción
☐ Difícil remoción

Tejido de granulación

- ☐ Ausente
☐ Plano, más allá del epitelio
☐ Ligeramente exuberante
☐ Exuberante

Escala

- ☐ Presente
☐ Ausente

Cuff Visible

- Si ☐
No ☐

TRACTO SINUSAL

Tejido de granulación

- ☐ Ausente
☐ Plano, más allá del epitelio
☐ Ligeramente exuberante
☐ Exuberante

Presencia de epitelio

- ☐ Epitelio completo
☐ Epitelio en >50%
☐ Epitelio <50%
☐ Ausente

Exudado

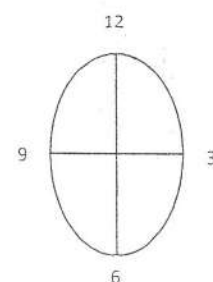
- ☐ Ausente
☐ Presente
☐ Claro
☐ Purulento
☐ Sanguinolento

Cantidad de exudado

- ☐ Escaso
☐ Leve
☐ Moderado
☐ Abundante

Clasificación

- ☐ Perfecto
☐ Bueno
☐ Equívoco
☐ Infección aguda
☐ Infección crónica
☐ Traumática



☐ Exp. cuff

Intervención

- 1.-Aseptización
2.-Curación
3.-Cauterización
4.-Cultivo de secreción

Firma y sello

Leyenda

Granuloma

Escala Δ

