

INFORME DE EVIDENCIA

DE LA INTERVENCION ENFERMERA

NIC 2150-

TERAPIA DE DIÁLISIS PERITONEAL

AUTORES:

GRUPO DE INVESTIGACION EBE:

M. Carmen Villar Bustos. Supervisora Área Recursos Humanos.
Azucena González Sanz. Enfermera. Servicio Hematología-Neurología.
Yolanda Martín Vaquero, Supervisora de Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA – SACYL

DICIEMBRE 2014

DIRECCION CONTACTO:

CARMEN VILLAR BUSTOS. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. AVDA. REQUEJO 35.49022. ZAMORA.
mcvillarb@saludcastillayleon.es

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16
BIBLIOGRAFIA DOCUMENTOS SELECCIONADOS	18
ANEXO 1 :	
TABLA 1 :ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	20
TABLA 2: TABLA DE BÚSQUEDA.	21
ANEXO 2: ALGORITMO DE BÚSQUEDA.	24
ANEXO 3: NIVELES DE EVIDENCIA_ GRADOS DE RECOMENDACIÓN JBI	25
ANEXO 4 :	
TABLA 1 DE EVIDENCIA	27
TABLA 2: ACTIVIDADES SELECCIONADAS	52
ANEXO 5: NIVELES DE EVIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA INTERVENCIÓN	54

RESUMEN

El cuidado especializado de los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) sometidos a diálisis peritoneal es un factor que beneficia la supervivencia en diálisis. En las consultas de ERCA se suelen realizar numerosas actividades enfermeras relacionadas con la Intervención NIC 2150 Terapia de Diálisis Peritoneal pero se desconoce qué importancia tiene y qué beneficio puede aportar específicamente cada una de las actividades recogidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) sobre la supervivencia del paciente en diálisis y otros resultados como disminución de infecciones. Con el objetivo de analizar las intervenciones terapéuticas habituales en Terapia de Diálisis Peritoneal y establecer cuáles de ellas se asocian a una mejor supervivencia en diálisis se realizó este estudio.

Con los objetivos de presentar las mejores pruebas de la efectividad de las actividades incluidas en la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150) y determinar las actividades enfermeras con mayor evidencia disponible y que no estén incluidas en la taxonomía

Se identifican 1272 estudios, se seleccionan 180 resúmenes, tras su lectura se retiran 51 que no cumplían los criterios de inclusión establecidos, 1 artículo no se localiza y se detectan 46 duplicados. Se hizo lectura crítica de 82 artículos para evaluar los criterios de validez metodológica, finalmente son 20 los artículos definitivos para elaborar las recomendaciones.

Las actuaciones que han demostrado reducir las tasas de infección en los estudios aleatorios se basan en la formación e intensidad del entrenamiento, la profilaxis antibiótica para cubrir la inserción del catéter y la prevención de las infecciones del sitio de salida.

Se considera clave que en el plan de cuidados de estos pacientes estén incluidas otras intervenciones enfermería, la NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones (Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre su asistencia sanitaria) y la NIC 1100 Manejo de la nutrición (Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes) debido a la importancia que va a tener en el mantenimiento y desarrollo de la Diálisis peritoneal.

Palabras claves: Enfermería Basada en Evidencia, Terapia de Diálisis Peritoneal, Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua, Intervenciones enfermeras.

INTRODUCCION

Según recoge el estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) promovido por la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), la enfermedad renal crónica (ERC) afecta al 9,24% de la población española en algún grado. (1) Esto supone un importante problema de salud por su elevada morbimortalidad así como un consumo elevado de recursos debido al tratamiento de la misma con los distintos tipos de terapia renal sustitutiva.

Los factores que contribuyen al aumento de la enfermedad renal son entre otros el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades consideradas como factores de riesgo como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la obesidad, y una detección precoz del número de enfermos por la inclusión en los distintos programas de salud.

La enfermedad renal crónica consiste en la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno. (2)

En las guías publicadas en los últimos años se concluye que la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) contempla la presencia durante al menos tres meses del filtrado glomerular estimado (FGe) inferior a 60 ml/min/1,73 m² ó lesión renal, detectada de forma directa mediante biopsia o indirecta por la presencia de albuminuria, diagnóstico por imagen o alteraciones del sedimento urinario. (1)

La National Kidney Foundation (NKF) distingue 5 estadios de la enfermedad renal, aceptados a nivel mundial y su tratamiento variará dependiendo del grado:

Estadios 1-2-3a FGe > 45ml/min/1,73, el tratamiento irá encaminado a identificar los factores de riesgo, controlar la progresión y reducir los riesgos cardiovasculares asociados.

Estadio 3b FGe 30- 45ml/min/1,73, además de seguir las líneas de tratamiento anteriormente expuestas se incidirá en los hábitos higiénico dietéticos, ajuste de fármacos en base a la función renal y la detección y tratamiento de las complicaciones detectadas (anemia, trastornos electrolíticos, metabolismo óseo).

Estadio 4 el FGe < 30ml/min/1,73, además de las indicaciones del 3b se debe preparar al paciente para su posible entrada en tratamiento renal sustitutivo si procede y si no procede su derivación a cuidados paliativos.

Estadio 5 el FGe < 15ml/min/1,73, se considera fallo renal, aparece clínica urémica y su tratamiento es la diálisis (bien sea hemodiálisis o diálisis peritoneal) o el trasplante. (3,4)

Es muy importante explicar al paciente las distintas posibilidades a las que puede optar para que participe en la decisión de su tratamiento.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta el principio de autonomía del paciente, se le debe hacer partícipe de la decisión sobre su tratamiento, proporcionándole el personal los conocimientos y experiencias para valorar los beneficios y riesgos de forma conjunta, incluyéndose así mismo la posibilidad de no entrar en programa de diálisis. También se tendrá en cuenta el principio de proporcionalidad terapéutica, la adecuación entre los medios empleados y el beneficio que se espera obtener. (5)

La diálisis es el paso de partículas solubles (solutos) de una solución a otra a través de una membrana semipermeable. Este paso sólo es posible cuando el tamaño de la molécula sea menor que el de los poros de la membrana, y se producirá en la dirección determinada por el gradiente de concentración desde donde se encuentra en cantidad mayor hacia el otro lado.

En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La diálisis peritoneal (DP) utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o hemodiálisis (HD), emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras). (2,6)

Se denomina diálisis peritoneal a todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal.

Se trata de una técnica en la que se infunde una solución dentro de la cavidad peritoneal, a través de un catéter insertado en la misma, y tras un periodo de intercambio en el que se produce la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis, se drena la solución a través de dicho catéter. La repetición de este proceso permite retirar el exceso de líquido y aclarar los productos de desecho y toxinas acumulados en el organismo, nivelándose así los niveles de electrolitos.

Se pueden diferenciar dos tipos de diálisis peritoneal, diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPCA): este tratamiento se realiza de forma continua, se introducen de dos a tres litros en la cavidad peritoneal con 4 ó 5 recambios durante el día y un recambio durante la noche y diálisis automatizada (DPA): es un tratamiento que se realiza con ayuda de una máquina que efectúa cambios de la solución de diálisis peritoneal de forma automática y generalmente por la noche. Ambas modalidades pueden ser practicadas por el enfermo en su domicilio.

Entre estos dos esquemas básicos se pueden encontrar fórmulas intermedias así como la combinación de ambas.

Desde el punto de vista médico no suelen existir factores que indiquen o contraindiquen de forma categórica la diálisis peritoneal. Sin embargo hay situaciones que contraindicarían la utilización de esta técnica como son un peritoneo inservible, una concreta situación psico-social del paciente, o cuando el enfermo se negara a este tipo de terapia. (7)

Los objetivos del personal sanitario en el tratamiento con diálisis peritoneal irán encaminadas a una actuación segura, prevención de las infecciones relacionadas con la técnica, peritonitis e infecciones del orificio, y patologías asociadas, concienciar al paciente y a su familia de la importancia del seguimiento del tratamiento y su responsabilidad. Estimular la rehabilitación y mantenimiento de la actividad socio-laboral del paciente. Promover todas aquellas acciones para mejorar la asistencia y calidad de vida del paciente en diálisis peritoneal

Las contraindicaciones de diálisis suelen estar asociadas a enfermedades concomitantes (demencia grave no reversible, tumores con metástasis, incapacidad física o psíquica grave...)

Globalmente, no hay diferencias entre la DP y la HD en lo que se refiere a supervivencia, la DP es, incluso, mejor en los 2-3 primeros años de terapia. Por otra parte debemos tener en cuenta un tratamiento integral, es decir el cambio de técnica terapéutica de HD a DP según las necesidades del paciente mejora su supervivencia. (7)

Las complicaciones de la diálisis peritoneal pueden ser por complicaciones propias de la técnica (relacionadas con el incremento de la presión intraabdominal: hemoperitoneo: quiloperitoneo, dolor lumbar y complicaciones relacionadas con los materiales empleados sobre todo las soluciones de diálisis.), por complicaciones médicas (trastornos hidroelectrolíticos de equilibrio ácido-base, metabólicas, anemia, cardiovasculares e hipertensión) y complicaciones infecciosas (peritonitis, tunelitos)(7-9)

A pesar de que la utilización de la diálisis peritoneal en nuestro país se encuentra en el nivel más bajo de los países europeos, es un tratamiento seguro y efectivo que aumenta la autonomía del paciente. Una buena educación sanitaria respecto a esta terapia permitirá un mayor control del tratamiento, con el que los pacientes y sus familias se sentirán más seguros y capaces de enfrentar la enfermedad

Con este estudio se pretende proporcionar la mejor evidencia disponible en los cuidados enfermería de la terapia de diálisis peritoneal (Intervención de Enfermería NIC 2150) (10) La individualización de la prescripción y la atención integral del paciente debe ser el objetivo fundamental y en ella se debe incluir los diferentes aspectos relacionados con la enfermedad renal que permitan optimizar la calidad de vida y minimizar los inconvenientes de esta terapia.

OBJETIVOS

- Presentar las mejores pruebas de la efectividad de las actividades incluidas en la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150)
- Determinar las actividades enfermeras con mayor evidencia disponible y que no estén incluidas en la taxonomía

METODOLOGÍA

Diseño: Procedimiento sistemático de revisión de la literatura sobre diferentes actividades de enfermería relacionadas con la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150).

Búsqueda en bases de datos científicas de ciencias de la salud complementada con búsqueda referencial

Cada uno de los artículos seleccionados es revisado por dos miembros del equipo de forma independiente para decidir su inclusión en la revisión. Cuando existan discrepancias se decidirá en grupo y en caso de no llegar a un acuerdo se decidirá adjudicarle el resultado más bajo de la valoración crítica.

Además de los criterios CASPe/AGREE (11,12) se aplican criterios de homogeneidad clínica, las características de las intervenciones deben ser extrapolables a nuestra población y práctica profesional.

Variables: Las variables respecto a población, intervenciones y medidas de resultados establecidas por consenso son: Paciente sin límite de edad en terapia de diálisis peritoneal.

Criterios para considerar estudios a incluir en esta revisión:

- Tipos de participantes: Todos los pacientes sometidos a Terapia de Diálisis Peritoneal excluidos hospitalizados en unidades de críticos y pacientes psiquiátricos
- Tipos de intervención: Todos los tipos de terapia de Diálisis Peritoneal, ambulatoria, hospitalizados o domiciliaria.
- Tipos de medidas de resultados: Todas.
- Tipos de estudios: Guías práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta análisis. Desde el año 2004 hasta actualidad. En caso de insuficiente número se ampliará la búsqueda a todos aquellos estudios cuantitativos; ECAs ,observacionales, experimentales y cuasi-experimentales
- Idioma: español, inglés, portugués

Fecha de comienzo de la revisión: junio 2014

Fecha de finalización de la revisión: diciembre 2014

Tipo de estudios: Se seleccionan estudios secundarios, aquellos con mayor nivel de evidencia asignado por su diseño: Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias, Revisiones Sistemáticas, metanálisis o metasíntesis.

Fueron seleccionados estudios a partir del título y del resumen del mismo; para un análisis más detallado se obtuvo el texto completo.

Valoración de la calidad metodológica: se siguen recomendaciones de CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) en las Revisiones Sistemáticas, metanálisis o metasíntesis y para las Guías de Práctica Clínica (GPC) se utiliza el AGREE

Se seleccionan aquellos estudios con una puntuación igual o mayor a 6 puntos de la escala CASPe y las GPC que superen el 60% en el AGREE.

Análisis: Para la obtención de datos se elaboraron tablas de síntesis de aquellos resultados considerados relevantes. El análisis de datos se realiza mediante desarrollo narrativo.

Se realiza la síntesis de las evidencias encontradas siguiendo los niveles de evidencia y grados de recomendación del Joanna Briggs Institute (JBI) (13). ANEXO 3: NIVELES DE EVIDENCIA_ GRADOS DE RECOMENDACIÓN JBI

Estrategia De Búsqueda

Se plantea la búsqueda siguiendo el formato PICO (población -intervención-comparador-resultado).

Se desarrollaron estrategias de búsqueda sensibles para cada base de datos, utilizando el Thesaurus de cada base de datos consultada y su conversión a DECs y MeSH. Anexo 1:

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Población: paciente con tratamiento de diálisis peritoneal, en domicilio u hospitalización.

Intervención: Cualquier intervención diálisis peritoneal

- DECs: Insuficiencia renal crónica, Terapia de Diálisis Peritoneal, Diálisis Renal ,Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua, Peritonitis, Mortalidad, calidad de vida
- MeSH: Renal Insufficiency, Chronic. Peritoneal dialysis. Therapy Renal Dialysis. Continuous ambulatory peritoneal dialysis. Automated peritoneal dialysis. Residual kidney function; peritonitis; mortality; healthrelated quality of life.

Se han utilizado los términos anteriores combinados en los términos indicados en la tabla.

Anexo 1: Tabla 2: Tabla de Búsqueda.

RESULTADOS

Se identifican 1272 estudios, se seleccionan 180 resúmenes, tras su lectura se retiran 51 que no cumplían los criterios de inclusión establecidos, 1 artículo no se localiza y se detectan 46 duplicados. Se hizo lectura crítica de 82 artículos para evaluar los criterios de validez metodológica, cumplían con estos criterios 25 además de 10 resúmenes Uptodate a los que se les supone criterios de calidad aceptables por su metodología, finalmente son 20 los artículos definitivos para elaborar las recomendaciones. Se desestiman los UptoDate debido al elevado número de artículos seleccionados para elaborar las recomendaciones y comprobar que coinciden con las recomendaciones realizadas en ellos.

La síntesis de los estudios seleccionados se reflejan en Anexo 2: Algoritmo de búsqueda

Se definen las recomendaciones de los diferentes estudios con su equivalencia a las actividades que propone la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150) de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Anexo 4: Tabla 1 de evidencia y se recogen en Síntesis las recomendaciones de los estudios seleccionados.

Se revisan y se seleccionan aquellas actividades dentro de la NIC Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150) con mayor evidencia. Anexo 4: Tabla 2 de actividades seleccionadas

Se propone la inclusión de otras actividades en la Intervención de Terapia de Diálisis Peritoneal con un mayor nivel de evidencia y que se ajusten mejor a nuestro entorno para conseguir el mantenimiento de la función renal el mayor tiempo posible,

Se realiza la propuesta de las actividades para la intervención asignando nivel de evidencia y grado recomendación, sugiriendo una agrupación (por colores) de las actividades nuevas propuestas. ANEXO 5: niveles de evidencia de las actividades de la intervención

DISCUSIÓN

En el estado español y en cada una de sus Comunidades Autónomas, el tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica en estadio 5 está totalmente cubierto por la sanidad pública. La diálisis peritoneal está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente, tanto en su modalidad manual, la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, como en la automatizada, la Diálisis Peritoneal Automática, y es elegida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje apreciable (7).

La mayoría de las actividades descritas en la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal, NIC 2150, están centradas en la técnica, contando en casi todas con un alto nivel de Evidencia y grado de recomendación, por lo que consideramos en su mayoría importantes de realizar durante la fase de implantación de la Diálisis peritoneal.

El número y la variedad de artículos e intervenciones incluidas en el presente trabajo indican la importancia de este tema clínico en cuanto a repercusiones costo-eficaces para el sistema sanitario y calidad de vida para el paciente.

Tras la evaluación crítica de todos los artículos, se considera que debido a la calidad de los trabajos secundarios seleccionados así como la completa síntesis de evidencia elaborada, las Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal publicada por la Sociedad Española de Nefrología (SEN) (7) en octubre de 2005, como la publicación en la que se basen las recomendaciones, a pesar del tiempo transcurrido desde su publicación en ella están incluidos los trabajos más representativos en este tema. Los artículos seleccionados que han sido publicados con posterioridad a la mencionada guía, han obtenido resultados similares.

A pesar de haber seleccionado durante la búsqueda bibliográfica varias síntesis de evidencia de Up to Date, no se ha considerado su inclusión en las recomendaciones por la misma razón. Las conclusiones alcanzadas son similares a las reflejadas en la Guía de la SEN.

La Sociedad Española de Nefrología ha promovido un proyecto de creación de unas guías de actuación en el campo de la DP en España, encargando a un grupo de trabajo de miembros de la SEN el desarrollo de las mismas. Los datos que se ofrecen se basan en niveles de evidencia, opinión y experiencia clínica de las publicaciones más relevantes sobre el tema, haciendo especial mención al periodo previo a la Diálisis como un momento clave en cuanto a la decisión final que debe adoptar el paciente así como al mantenimiento de la función renal.

En casi todos los artículos seleccionados se hace referencia en mayor o menor medida, al apoyo en la toma de decisiones, al equipo multidisciplinario y al manejo de la nutrición

Se considera clave que en el plan de cuidados de estos pacientes estén incluidas la NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones (Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre su asistencia sanitaria) y la NIC 1100 Manejo de la nutrición (Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes) debido a la importancia que va a tener en el mantenimiento y desarrollo de la Diálisis peritoneal.

Evidencia encontrada para cada una de las actividades de la Intervención Terapia de Diálisis Peritoneal (NIC 2150):

- Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.- Para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas, ofrecer información equilibrada y precisa acerca de todas las opciones de diálisis. Previamente el paciente debería haber sido informado sobre trasplante preventivo, la diálisis y el tratamiento conservador para que puedan decidir de forma consciente sobre su tratamiento. El apoyo profesional debería incluir la preparación del paciente y la familia para la diálisis, el conocimiento de las diferentes opciones y repercusiones en el estilo de vida. Los autores señalaron que algunos de los estudios se realizaron hace más de 10 años y el enfoque del tratamiento ha cambiado en ese tiempo. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que las prioridades de las personas no son necesariamente los mismos que sus propias prioridades clínicas.

-Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación.- Sobre esta actividad en particular no se ha encontrado evidencia, se podría considerar el planteamiento de un estudio de investigación para valorar en qué medida puede afectar la temperatura del líquido de diálisis a la aparición de eventos adversos durante el tratamiento, en ningún estudio aparece de forma clara la temperatura que debe alcanzar y porqué una u otra.

-Seguir las Instrucciones de uso/manipulación de las soluciones recomendadas y/o recomendar al paciente seguir cuidadosamente los pasos que le han enseñado durante su aprendizaje

-Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado:- Recomendación de las principales guías para evaluar si la eliminación de líquidos se realiza correctamente durante el intercambio.

-Medir y registrar el perímetro abdominal.- Podría considerarse con la anterior o junto con el control del peso.

Para las siguientes actividades, la evidencia indirecta encontrada procede de las mismas fuentes:

- Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.
- Fijar las conexiones y el tubo firmemente.
- Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.
- Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades)

Se podrían considerar registrarlas como una única actividad:

Asegurar una manipulación aséptica y segura del catéter peritoneal y de las conexiones: Valorar la permeabilidad del catéter, fijar las conexiones y el tubo firmemente, evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal

De igual forma sucede con las actividades sobre control y registro de signos vitales basales:

- Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.

-Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.

- Medir y registrar el peso diariamente.- se podría integrar con el registro de volúmenes de entrada y salida o bien junto con la medida del perímetro abdominal.

Se podría integrar en **una única intervención:**

Controlar y registrar diariamente los signos vitales basales y/o enseñar al paciente a llevar un registro diario: peso, temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial y la respuesta del paciente durante la diálisis.

- Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal: esta actividad se puede considerar independiente debido a su indicación previa a cirugía. Para ello es necesario trabajar en colaboración con otros miembros del equipo, un equipo especializado que se dedique a la implantación y cuidado de catéteres peritoneales.

- Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).

-Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica. En este caso también puede ser instruido el paciente.

-Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro: Podría considerarse junto con la primera de seguir las instrucciones de uso del soluto prescrito.

-Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro. En todos los casos debería llevar la indicación de enseñar al paciente

-Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).

-Observar si hay signos de dificultad respiratoria.

-Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.

No hay grandes ventajas de ninguna de las intervenciones relacionadas con el catéter sobre otras que hayan sido utilizadas para reducir el riesgo de peritonitis. No hemos comprobado ninguna intervención o actividad que pueda mejorar significativamente la tasa de infecciones. La mupirocina nasal reduce la infección del orificio de salida / tunelitis pero no la peritonitis en portadores S. Aureus. La profilaxis antibiótica intravenosa en el preoperatorio reduce la peritonitis temprana pero no del orificio de salida / infección del túnel. No hay otras intervenciones antimicrobianas han demostrado su eficacia

- Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Podría redefinirse como:

Trabajar en colaboración con el paciente y con otros miembros del equipo como dietistas para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. El estado nutricional debe ser controlado de forma rutinaria. Se debe considerar la necesidad de aportar suplementos nutricionales enterales a los pacientes con desnutrición leve a severa.

- Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria y Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal): Podría considerarse una sola actividad. Todas las evidencias nos indican que es este un proceso complejo, basado principalmente en la toma de decisiones compartidas y en programas de mejoramiento continuo, que mostraron una mejora específica de los resultados para varios subgrupos de pacientes.

La capacitación del paciente para realizar técnica de DP debería ser realizada por enfermeras experimentadas y capacitadas como parte de un programa de formación específica e integral en pacientes que comienzan DP.

Para que esto se pueda realizar de la forma correcta, se recomienda que el personal de enfermería dedicado a la DP tenga un ratio según la guía española de 1 enfermera por cada 20 pacientes, y debe ser parte de un equipo multidisciplinario. Una mayor experiencia de las enfermeras que imparten formación se asocia con un mayor tiempo para la aparición de un episodio de peritonitis.

LIMITACIONES:

Una de las limitaciones de este trabajo viene determinada por los criterios de selección de trabajos en varios aspectos: en relación al idioma, en el acceso únicamente a trabajos disponibles de forma gratuita y que se descartaron estudios primarios, sin valorar la calidad de éstos, debido a la limitación de tiempo y al volumen encontrado en una primera búsqueda exploratoria. Se han seleccionado aquellos trabajos de investigación secundarios que reúnan criterios de calidad. Estas publicaciones ya han realizado una valoración de la calidad de los estudios que incorporan, por lo que se realizó la transcripción con las recomendaciones que en ellas se indica sobre las actividades para la NIC 6490. Los niveles de Evidencia y grados de recomendación, por tanto, son los allí aplicados.

En relación a los artículos seleccionados destacamos las dos revisiones sistemáticas sobre estudios cualitativos, es importante empezar a considerar este tipo de estudios dentro de la práctica basada en Evidencia, a partir de ellos podemos llegar a encontrar respuesta a algunas cuestiones dónde los Ensayos clínicos no tienen respuesta (referencias encontradas de RS con 0 y 1 ECA) o no hay suficiente investigación al respecto. La calidad de vida y la toma de decisiones, temas clave a la hora para el buen desarrollo de la diálisis peritoneal, queda claro que la mejor forma en que pueden ser evaluadas es mediante estudios cualitativos

CONCLUSIONES

En España la Ley de Autonomía del Paciente garantiza que todo paciente debe recibir información completa, y adaptada a sus capacidades, sobre su enfermedad y sobre los tratamientos a los que va ser sometido. Es obligación del personal sanitario informar al paciente renal del significado de su enfermedad y su importancia así como de las diversas modalidades de tratamiento disponibles. Se debe aconsejar al paciente si existe contraindicación para algún tipo de tratamiento y se debe de favorecer la libre elección de la modalidad de tratamiento si no hay ninguna contraindicación. Cuando esta libertad de elección se respeta, después de una información suficiente, un porcentaje similar de pacientes elige técnicas hospitalarias o domiciliarias.

En muchos casos, a pesar de que el paciente recibe información sobre las diversas técnicas, su capacidad de elección se ve limitada por la situación del centro sanitario. Es frecuente que muchos hospitales carezcan de un un programa de DP domiciliaria

Una planificación adecuada del Tratamiento Sustitutivo Renal implica la utilización integral de los recursos, de forma que el paciente reciba en cada momento el tratamiento mas adecuado a su situación (DP, HD o Transplante), pero siempre adaptando la modalidad de tratamiento al paciente y no al revés.

Se necesita más investigación para explorar la complejidad de la toma de decisiones comprendiendo los factores sociales del paciente. En concreto, la investigación debe llevarse a cabo con los pacientes en la fase de toma de decisiones activa para entender más claramente las influencias específicas para diálisis en el hogar y de las experiencias de los iguales.

Se recomienda que la revisión de la técnica de la DP que realiza el paciente se lleve a cabo de forma regular, al menos anualmente, o con mayor frecuencia si hay pruebas de una técnica inadecuada o el desarrollo de una infección relacionada con DP, o una interrupción significativa en la realización de DP por el paciente (por ejemplo, de después de un periodo significativo de hospitalización). Las actuaciones que han demostrado reducir las tasas de infección en los estudios aleatorios se basan en la intensidad del entrenamiento, la profilaxis antibiótica para cubrir la inserción del catéter y la prevención de las infecciones del sitio de salida.

Las actividades más importantes se resumirían en dos:

- Entrenamiento en consulta de enfermería a nivel dietético y de control de factores de riesgo
- Participación activa del paciente en la toma de decisión sobre el tratamiento de la misma., explicando las diferentes opciones de tratamiento de su fallo renal.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. [internet] Nefrología 2014; 34(2):243-62. [Consultado: 1/12/2014] Disponible en <http://www.revistanefrologia.com>.
2. Sociedad Española de Nefrología. Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: tratamiento conservador. Normas de Actuación Clínica en Nefrología [internet]. Madrid, 1999. [Consultado el 1/12/14] Disponible en : <http://senefro.org/>
3. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease volume 3:1.[internet].JANUARY 2013 [Consultado el 3/12/14] Disponible en :<http://www.kidney-international.org>.
http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
4. Sánchez Canel JJ, Tena Barreda R, Monedero Mora MJ, García H, Masoliver Fores A, Lizán Tudela L. Parámetros de función renal. EN: Guías Clínicas. Fisterra. [internet]. 2013 [Consultado el 8/12/14] Disponible en:
<http://fisterrae.publicaciones.saludcastillayleon.es/guias-clinicas/parametros-funcion-renal/>
5. Sarrias Lorenz X, Bardón Otero E y Vila Paz M L. El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica Guías S.E.N. [internet] Nefrología (2008) Supl. 3, 119-122 [Consultado el 9/12/14] Disponible en: www.senefro.org.
6. Álvarez Grande J Coordinador. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica. [internet] Nefrología 24. [Consultado el 1/12/14]. Disponible en:
<http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idsectionXX=2&idwebstructure=140>.
7. Arrieta J, Bajo MA, Caravaca F, Coronel F, García-Pérez H, González-Parra E, et al. Guías en Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Sociedad Española de Nefrología. 2005. Nefrología. 2006; 26 Suppl 4:1-184.
8. Tornero Molina F, Rivera Gorrín M. Complicaciones no infecciosas del paciente en la diálisis peritoneal. [internet] Nefrología. Feb. 2011. 615-24. [Consultado el 10/11/14]. Disponible en :<http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/publicaciones/P1-E13/Cap-36.pdf>
9. Montenegro Martínez J. Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal. Nefrología al día. [internet] Nov. 2010. 605-14. [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/publicaciones/P1-E13/Cap-35.pdf>
10. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Mosby; 2013

11. CASPe. Programa de habilidades en lectura crítica. [internet] España, 2008. Disponible en: www.redcaspe.org/homecasp.asp.
12. Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Instrumento Agree. [internet] Septiembre 2011. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ostebe/es/contenidos/informacion/ostebe_formacion/es_ostebe/adjuntos/instrumentoAgree.pdf
13. Instituto Joanna Briggs. Niveles de evidencia y Grados de Recomendación. [internet] 2013. Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>

BIBLIOGRAFIA _ DOCUMENTOS SELECCIONADOS

1. Woodrow G, Davies S. Renal Association Clinical Practice Guideline on Peritoneal Dialysis. *Nephron Clinical Practice*. 2011; 118(s1):c287-310.
2. Blake PG, Bargman JM, Brimble KS, Davison SN, Hirsch D, McCormick BB, et al. Clinical Practice Guidelines and Recommendations on Peritoneal Dialysis Adequacy 2011. *Perit Dial Int*. 3 de enero de 2011; 31(2):218-39.
3. Centre for Clinical Practice. Peritoneal dialysis. Peritoneal dialysis in the treatment of stage 5 chronic kidney disease. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [internet]; 2011 Jul. 24 p. (Clinical guideline; no. 125).[Consultado el 10/11/14] Disponible en:
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34826&search=peritoneal+dialysis+therapy>
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hyperphosphataemia in chronic kidney disease. Management of hyperphosphataemia in patients with stage 4 or 5 chronic kidney disease. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [internet]; 2013 Mar. 22 p. (Clinical guideline; no. 157). [Consultado el 10/11/14] Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=44088&search=peritoneal+dialysis+therapy>
5. Figueiredo A, Goh B-L, Jenkins S, Johnson DW, Mactier R, Ramalakshmi S, et al. Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Access. *Perit Dial Int*. [internet] 7 de enero de 2010; 30(4):424-9.[Consultado el 10/11/14] Disponible en:
<http://www.pdiconnect.com/content/30/4/424.long>
6. NKF KDOQI Guidelines [Internet]. [Consultado el 26 /09/14]. Disponible en:
http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/ Depner TA, Sacramento CA, Daugirdas JT, Goldstein S, Ing TS, Wilmette IL, et al. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group Membership. *American Journal of Kidney Diseases*. 2006; 48(1 Suppl 1):S3.
7. Nurses' Association of Ontario Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease. [internet] [Consultado el 10/11/14] Disponible en:
<http://nao.ca/bpg/guidelines/decision-support-adults-living-chronic-kidney-disease>
8. Naylor HL, Jackson H, Walker GH, Macafee S, Magee K, Hooper L, et al. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the protein requirements of adults undergoing maintenance haemodialysis or peritoneal dialysis. *J Hum Nutr Diet*. 1 de agosto de 2013; 26(4):315-28.
9. Daly C, Cody JD, Khan I, Rabindranath KS, Vale L, Wallace SA. Double bag or Y-set versus standard transfer systems for continuous ambulatory peritoneal dialysis in end-stage kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [Consultado el 26 /09/14]. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003078.pub2/abstract>

10. Harwood L, Clark AM. Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. enero de 2013; 50(1):109-20.
11. Ballinger AE, Palmer SC, Wiggins KJ, Craig JC, Johnson DW, Cross NB, et al. Treatment for peritoneal dialysis-associated peritonitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [Consultado el 26 /09/14]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005284.pub3/abstract>
12. Strippoli GF, Tong A, Johnson DW, Schena FP, Craig JC. Catheter type, placement and insertion techniques for preventing peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [Consultado el 26 /09/14]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004680.pub2/abstract>
13. Strippoli GFM, Tong A, Johnson D, Schena FP, Craig JC. Antimicrobial agents to prevent peritonitis in peritoneal dialysis: A systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Kidney Diseases*. octubre de 2004;44(4):591-603.
14. Rabindranath KS, Adams J, Ali TZ, MacLeod AM, Vale L, Cody JD, Wallace SA, Daly C. Continuous ambulatory peritoneal dialysis versus automated peritoneal dialysis for end-stage renal disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.:CD006515. DOI: 10.1002/14651858.CD006515.
15. Stratton RJ, Bircher G, Fouque D, Stenvinkel P, Mutsert R de, Engfer M, et al. Multinutrient Oral Supplements and Tube Feeding in Maintenance Dialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Kidney Diseases*. Septiembre de 2005;46(3):387-405.
16. Xu G, Tu W, Xu C. Mupirocin for preventing exit-site infection and peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 13 de agosto de 2009; gfp411.
17. K Scott Brimble MW. Meta-analysis: Peritoneal membrane transport, mortality, and technique failure in peritoneal dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*: JASN. 2006;17(9):2591–8.
18. Hagen SM, Lafranca JA, IJzermans JNM, Dor FJMF. A systematic review and meta-analysis of the influence of peritoneal dialysis catheter type on complication rate and catheter survival. *Kidney Int*. abril de 2014; 85(4):920-32.
19. Tong A, Lesmana B, Johnson DW, Wong G, Campbell D, Craig JC. The Perspectives of Adults Living With Peritoneal Dialysis: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *American Journal of Kidney Diseases*. 1 de junio de 2013; 61(6):873-88.

20. J Arrieta MAB. [Guidelines of the Spanish Society of Nephrology. Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis]. Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología. 2006; 26 Suppl 4:1-184.

Anexo 1: Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Frase	Palabra “Natural”	DECS	MeSH
Paciente	Insuficiencia renal crónica	Insuficiencia renal crónica	Renal Insufficiency, Chronic
Intervención	Terapia de Diálisis Peritoneal Diálisis Renal Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua	Terapia de Diálisis Peritoneal Diálisis Renal Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua	Peritoneal dialysis. Therapy Renal Dialysis Continuous ambulatory peritoneal dialysis Automated peritoneal dialysis residual kidney function;
Resultados	Peritonitis, Mortalidad, calidad de vida	Peritonitis, Mortalidad, calidad de vida	peritonitis; mortality; healthrelated quality of life.
Tipo de Estudio	Guías practica clínica, Revisiones sistemáticas, Meta análisis.	Revisiones Metaanálisis Guias Práctica Clínica	Practice guideline Review Meta-analysis

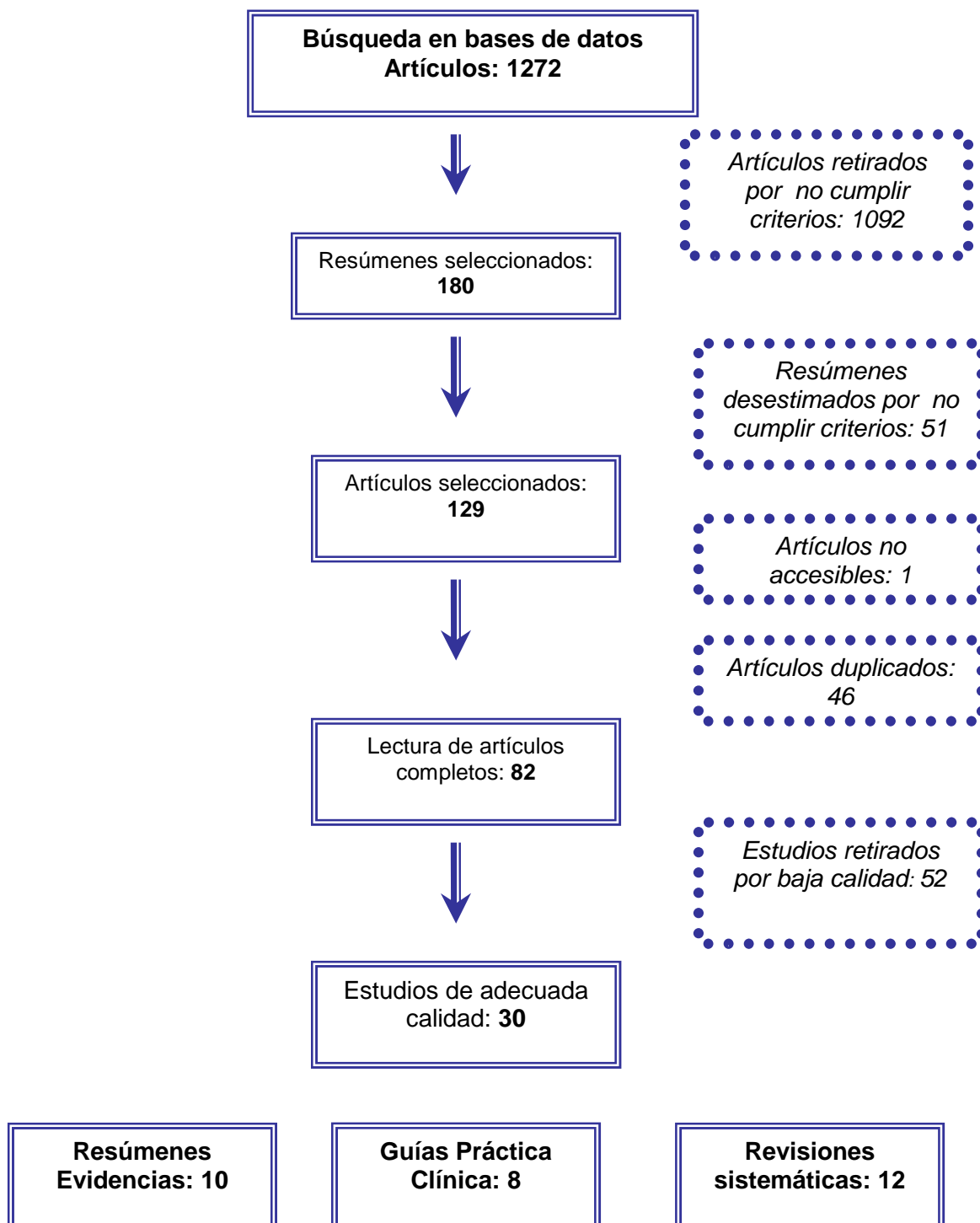
Anexo 1: Tabla 2: Tabla de Búsqueda.

FECHA	BASES DE DATOS	COMBINACIÓN DECS MESH	Resultados	Selección	Validos	Guías	Revisiones Sistemáticas	Síntesis evidencia
			1272	180	30	8	12	10
22/09/2014	BIBLIOTECA COCHRANE	PERITONEAL DIALYSIS	30	19	6		6	
08/08/2014	PUBMED	peritoneal dialysis therapy	166	41	5	2	3	
		("peritoneal dialysis/adverse effects") AND "peritoneal dialysis continuous ambulatory"	47	0	0			
17/09/2014	UPTODATE	Peritoneal dialysis	149	19	7			7
16/09/2014	BIREME	Peritoneal dialysis Therapy	18	14	3	2		1
25/09/2014	NGC	Peritoneal dialysis Therapy	17	2	2	2		
18/07/2014	TRYP DATA BASE	Insuficiencia AND renal AND crónica AND "Terapia AND de AND Diálisis AND Peritoneal"	0	0	0			
		Terapia de Diálisis Peritoneal	0	0	0			
		Diálisis Peritoneal	8	0	0			
		Peritoneal dialysis Therapy	236	8	2		2	
22/09/2014	JBI	Peritoneal dialysis	11	1	1		1	

FECHA	BASES DE DATOS	COMBINACIÓN DECs MESH	Resultados	Selección	Validos	Guías	Revisiones Sistemáticas	Síntesis evidencia
23/09/2014	OID	dialysis peritoneal peritoneal dialyses peritoneal dialysis	50	34	1	1		
23/09/2014	RNAO	Renal Dialysis	1	1	1	1		
17/07/2014	FISTERRAE	Insuficiencia renal crónica	1	1	0			
17/07/2014	BVS	"Insuficiencia AND renal AND crónica" AND "Terapia AND de AND Diálisis AND Peritoneal"	0	0	0			
		Terapia de Diálisis Peritoneal	113	2	0			
21/07/2014	CINHAL	Insuficiencia renal crónica AND "Terapia de Diálisis Peritoneal"	0	0	0			
		Peritoneal dialysis Therapy	64	3	0			
07/08/2014	CUIDEN	Terapia de diálisis peritoneal	22	4	0			
		Dialisis peritoneal ambulatoria continua	93	11	0			
18/09/2014	ENFISPO	Terapia de diálisis peritoneal	0	0	0			
		Dialisis peritoneal	10	0	0			
07/08/2014	MEDES	Terapia de Diálisis peritoneal	49	9	0			

FECHA	BASES DE DATOS	COMBINACIÓN DECs MESH	Resultados	Selección	Validos	Guías	Revisiones Sistemáticas	Síntesis evidencia
10/09/2014	PSYCO INFO	Therapy Renal Dialysis	11	0	0			
		Peritoneal Dialysis	3	0	0			
		Renal Insufficiency, Chronic	1	0	0			
18/09/2014	GUIA SALUD	Terapia de diálisis peritoneal	0	0	0			
		Diálisis renal	0	0	0			
19/09/2014	IME	Terapia de diálisis peritoneal	4	1	0			
10/09/2014	AETS	Terapia de diálisis peritoneal	0	0	0			
10/09/2014	NATIONAL LIBRARY GATEAWAY	Peritoneal dialysis	70	8	0			
		Continuous ambulatory peritoneal dialysis	31	1	0			
10/09/2014	OPEN SIGLE	Renal Insufficiency, Chronic	15	0	0			
		Peritoneal dialysis	48	0	0			
23/09/2014	INHATA	PERITONEAL DIALYSIS	2	1	0			
	Referencias		2		2			2

ANEXO 2: Algoritmo de búsqueda.



ANEXO 3: NIVELES DE EVIDENCIA_ GRADOS DE RECOMENDACIÓN JBI

New JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs

Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs

Level 3.c – Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational –Descriptive Studies

Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

Level 4.b – Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a – Systematic review of expert opinion

Level 5.b – Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

New JBI Grades of Recommendation

<i>Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013</i> JBI Grades of Recommendation	
Grade A	A 'strong' recommendation for a certain health management strategy where (1) it is clear that desirable effects outweigh undesirable effects of the strategy; (2) where there is evidence of adequate quality supporting its use; (3) there is a benefit or no impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience have been taken into account.
Grade B	A 'weak' recommendation for a certain health management strategy where (1) desirable effects appear to outweigh undesirable effects of the strategy, although this is not as clear; (2) where there is evidence supporting its use, although this may not be of high quality; (3) there is a benefit, no impact or minimal impact on resource use, and (4) values, preferences and the patient experience may or may not have been taken into account.

The FAME (Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness and Effectiveness) scale may help inform the wording and strength of a recommendation.

F – Feasibility; specifically:

- What is the cost effectiveness of the practice?
- Is the resource/practice available?
- Is there sufficient experience/levels of competency available?

A – Appropriateness; specifically:

- Is it culturally acceptable?
- Is it transferable/applicable to the majority of the population?
- Is it easily adaptable to a variety of circumstances?

M – Meaningfulness; specifically:

- Is it associated with positive experiences?
- Is it not associated with negative experiences?

E – Effectiveness; specifically:

- Was there a beneficial effect?
- Is it safe? (i.e is there a lack of harm associated with the practice)

ANEXO 4: TABLA 1 DE EVIDENCIA

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>1) Woodrow G. Davies S.</p> <p>Renal Association Clinical Practice Guideline on Peritoneal Dialysis</p> <p>2011</p> <p>G.P.C.</p>	<p>Dirigido a profesionales de la salud y el resto del personal que atienden a las personas con ERC que necesitan terapia diálisis peritoneal.</p>		<p>Resumen de las medidas para Diálisis Peritoneal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de elección modalidad 2. Monitorización de cambio de modalidad 3. Controlar el ratio de personal de enfermería/ Paciente de diálisis peritoneal (1/20) 4. Disponibilidad de la asistencia PD, utilización y resultados 5. Sistemas de revisión del equipo médico 6. Establecer sistemas para asegurar que la compra de fluidos para la diálisis cumpla los requisitos legales 7. El uso de sistemas no estándar con la documentación de indicación clínica 8. Uso de soluciones biocompatibles e indicación para uso 9. Las vías clínicas para la preparación de diálisis deben incluir información dada (incluyendo proporción de los pacientes a los que se ha ofrecido DP), cuándo y quién debe entregarlo. 10. Deben incluir la información sobre las opciones de modalidad prevista a los pacientes que requieren con urgencia DP y modalidad inicial y posterior seleccionada por estos pacientes. Revisión anual de la técnica 11. Las vías clínicas deben incluir los cuidados para la inserción del catéter y contar con la posibilidad o necesidad de hemodiálisis temporal 12. Las complicaciones con el catéter y su resolución 13. Frecuencia de estimación depuración de solutos (residual y peritoneal) 14. curvas de frecuencia acumulada para el total de soluto 15. Frecuencia de medición de la función de la membrana, la orina residual y volumen de ultrafiltración peritoneal 16. Identificar pacientes con reabsorción de líquidos en larga permanencia 17. Número de pacientes que requieren regularmente intercambios de sol. Hipertónica (3,86% de glucosa) para mantener el equilibrio de líquidos 18. Identificar los pacientes con una eliminación total de líquidos <750 ml por día 19. Revisión anual de rutina de las estrategias de prevención de infecciones 20. Auditoría anual de rutina de las tasas de peritonitis en DP (incluido el porcentaje de casos negativos cultivo) 	<p>AGREE</p> <p>68,5%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>.</p> <p>Grado A</p> <p>guía buena calidad.</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</p> <p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.</p> <p>Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.</p> <p>Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).</p> <p>Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.</p> <p>Medir y registrar el peso diariamente.</p> <p>Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Obtener cultivos para el recuento de células del flujo</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
			21. Auditoría anual de rutina de los resultados de infección 22. curvas de frecuencia acumulada de bicarbonato plasmático 23. Procedimientos implantados para aumentar la conciencia de la interferencia de ensayos por los metabolitos icodextrina			<p>de salida peritoneal, si se indica.</p> <p>Medir y registrar el perímetro abdominal.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>2) Blake PG, Bargman JM, Brimble KS, Davison SN, Hirsch D, McCormick BB, et al.</p> <p>Clinical Practice Guidelines and Recommendations on Peritoneal Dialysis Adequacy 2011.</p> <p>GPC</p>			<p>1-Mantenimiento de la Función Renal Residual</p> <p>2- Para DP continua ambulatoria (DPCA), la prescripción de partida no tiene que exceder de 4 x 2-L intercambios diarios (grado A). El volumen y número de intercambios debe ser ajustado en función de las necesidades del paciente.</p> <p>3- Los pacientes en DP deben tener una evaluación clínica regular de control del volumen (opinión). El mantenimiento de la normovolemia se considera que es un componente central de DP adecuada. Como tales, todos los pacientes deben someterse a la evaluación del estado de volumen en intervalos regulares. TTO hipervolemia recomendaciones:</p> <p>3.2.1 El consumo de sodio debe limitarse a 65 mmol (1.500 mg) o menos al día (grado C) junto con otro tto. Medicación.</p> <p>3.3.1 Los pacientes con hipertensión deben ser evaluados para hipervolemia y, si procede, tratada como expuestos en las recomendaciones en "3.2 Tratamiento de Hipervolemia "(grado C).</p> <p>3.3.2 Objetivo 130/80 mmHg o inferior; (grado D).</p> <p>4- Manejo de enfermedad CV en Pacientes con DP</p> <p>5- Recomendación Nutrición:</p> <p>5.1.1 El estado nutricional debe ser controlado de rutina visitas clínicas por el médico y por otro miembros del equipo de atención de la salud, incluyendo un dietista registrado (opinión)</p> <p>5.2.1 Se deben considerar suplementos nutricionales enterales para los pacientes con desnutrición leve a severa (grado B). Sin embargo, ciertos suplementos pueden ser mal tolerados por los pacientes por lo que se requiere un estricto control (grado A).</p> <p>6- Manejo de la Hiperglucemia.</p> <p>6.1.2 debe seguirse control de la hiperglucemia en pacientes en DP</p>	<p>AGREE 72,5%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A</p> <p>guía buena calidad</p>	<p>Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.</p> <p>Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.</p> <p>Medir y registrar el peso diariamente.</p> <p>Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Medir y registrar el perímetro abdominal.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
						dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria
<p>3) National Institute for Health and Clinical Excellence</p> <p>Peritoneal dialysis. Peritoneal dialysis in the treatment of stage 5 chronic kidney disease 2011</p> <p>GPC</p>	<p>Este documento está dirigido a profesionales de la salud que apoyan a las personas con ERC en estadio 5 que necesitan diálisis y el resto del personal que atienden a las personas con ERC en estadio 5 que necesitan reemplazo renal terapia (diálisis peritoneal específicamente).</p>	<p>El tratamiento y los cuidados deben tener en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes.</p>	<p>- Información y apoyo</p> <p>1.1.1 Ofrecer a pacientes con estadio 5 de la enfermedad renal crónica (ERC) y sus familias y cuidadores información y apoyo en relación con enfermedad renal crónica (NICE guía clínica 73, 2008).</p> <p>1.1.2 Ofrecer a pacientes y sus familias y cuidadores información oral y escrita sobre trasplante preventivo, la diálisis y el tratamiento conservador para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.</p> <p>1.1.3 Para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas, ofrecer información equilibrada y precisa acerca de todas las opciones de diálisis. La información debe incluir:</p> <p>una descripción de modalidades de tratamiento (diálisis peritoneal automatizado asistida [AAPD], la diálisis peritoneal automatizada [DPA], peritoneal ambulatoria continua diálisis [DPCA], en su hogar o hemodiálisis en el centro), incluyendo: eficacia, riesgos y beneficios potenciales, basadas en el pronóstico de la persona posibles efectos secundarios y su gravedad el cambio de la modalidad de diálisis y las posibles consecuencias (es decir, el impacto en la vida de la persona o la forma en que esto puede afectar el tratamiento futuro o resultados)</p> <p>Discusión sobre cómo el tratamiento se adapta a la vida de las personas, incluyendo:</p> <p>La capacidad del paciente y / o cuidador para llevar a cabo y ajustar el tratamiento ellos mismos</p> <p>Integración con las actividades diarias como el trabajo, la escuela, aficiones, familia compromisos y viajes de trabajo o de ocio</p> <p>Oportunidades para mantener la interacción social</p> <p>El impacto sobre la imagen corporal</p> <p>Cómo el punto de acceso para diálisis en el cuerpo puede restringir la actividad física</p> <p>Si va a necesitar modificaciones en su casa para el tratamiento</p>	<p>AGREE 96,4%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A</p> <p>guía buena calidad</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
			<p>Distancia y tiempo de viaje para el tratamiento</p> <p>Flexibilidad de régimen de tratamiento</p> <p>Cualquier apoyo adicional o servicios que pudiera necesitar.</p> <p>1.1.4 Explicar a los pacientes y comprobar que entienden que la ERC es una enfermedad de por vida, y que durante el curso de la terapia de reemplazo renal es probable que necesiten cambiar entre las modalidades de tratamiento en función de su clínica o circunstancias personales</p> <p>1.1.5 Cuando proporcionen información sobre las opciones de tratamiento, profesionales de la salud deben discutir y tener en cuenta cualquier información que el paciente ha obtenido de otros pacientes, familiares y cuidadores y todas las otras fuentes, y cómo esta información ha influido en su decisión.</p> <p>1.1.6 Asegúrese de que los profesionales de la salud que ofrecen información tienen conocimiento especializado acerca de la ERC y las habilidades necesarias para apoyar la toma de decisiones.</p> <p>Esto puede incluir la formación en: ayudas en la decisión de ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre su cuidado y tratamiento la presentación de información a los niños en una forma adecuada para su etapa de desarrollo, tales como terapias de juego.</p> <p>1.1.7 Formación de profesionales de la salud (ver recomendación 1.1.6) debe estar disponible para discutir la información proporcionada, tanto antes como después del inicio de diálisis.</p> <p>1.1.8 Ofrecer a todos los pacientes que han iniciado tratamiento de diálisis con urgencia, un programa reforzado de información, en el momento oportuno, que ofrezca la misma información y opciones como los que se presentan en una anterior etapa de la enfermedad renal crónica.</p> <p>La elección de diálisis</p> <p>1.1.9 Ofrecer a todas las personas con ERC en estadio 5 la opción de diálisis peritoneal o hemodiálisis, en su caso, teniendo en cuenta la diálisis peritoneal como primera elección de la modalidad de tratamiento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> .-niños de 2 años o menos .-personas con función renal residual .-adultos sin comorbilidades asociadas significativas. <p>1.1.10 Cuando se habla de la elección de las modalidades de tratamiento, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que las prioridades de las personas no son</p>			

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
			<p>necesariamente los mismos como sus propias prioridades clínicas.</p> <p>1.1.11 Antes de comenzar la diálisis peritoneal, ofrecer a todos los pacientes una opción, en su caso, entre DPCA y DPA (o AAPD si es necesario).</p> <p>1.1.12 Para los niños para quienes la diálisis peritoneal es apropiado, ofrecer APD en preferencia a CAPD si están en una dieta líquida, especialmente si tienen baja la función renal residual.</p> <p>Cambio de modalidades de tratamiento</p> <p>1.1.13 No cambie rutinariamente a los pacientes en diálisis peritoneal a un tratamiento de diferente modalidad en previsión de posibles complicaciones futuras como esclerosis peritoneal encapsulada. Sin embargo, los profesionales sanitarios deben controlarlos factores de riesgo como la pérdida de ultrafiltración y discutir con los pacientes regularmente la eficacia de todos los aspectos de su tratamiento.</p> <p>1.1.14 Considere cambiar la modalidad de tratamiento si el paciente, su familia o cuidador pide.</p> <p>1.1.15 Cuando esté pensando en cambiar la modalidad de tratamiento, ofrezca información sobre las opciones de tratamiento descritas en las recomendaciones 1.1.1-1.1.8. Esto también debería incluir cómo cualquier decisión de cambiar puede afectar a las futuras opciones de tratamiento.</p> <p>1.1.16 Planificar el cambio entre las modalidades de tratamiento si es posible.</p>			
<p>4) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</p> <p>Hyperphosphataemia in chronic kidney disease. Management of hyperphosphataemia in patients with stage 4 or 5 chronic kidney disease</p>	<p>Para los adultos con ERC en estadio 5 que están en diálisis, se recomienda que se mantengan los niveles de fosfato en suero de entre 1,1 y 1,7 mmol / l. Debido a la eliminación mejorada de</p>		<p>Manejo de la dieta: niños, jóvenes y adultos</p> <p>1.1.1 Un dietista especializado en enfermos renales, con el apoyo de profesionales de la salud con habilidades y competencias necesarias, debe llevar a cabo una evaluación de la dieta y dar información individualizada y asesoramiento sobre la gestión de fosfato de la dieta.</p> <p>1.1.2 Indicaciones para la gestión de fosfato de la dieta deben adaptarse a necesidades y preferencias de la persona. Debe realizarse un aprendizaje, en lugar de ser proporcionado a través de un programa multicomponente.</p> <p>1.1.3 Dar información sobre el control de la ingesta de alimentos ricos en fosfatos (en particular, alimentos con un alto contenido de fosfato por gramo de proteína, así como alimentos y bebidas con altos niveles de aditivos de fosfato) para controlar el fosfato sérico, evitando al mismo tiempo la malnutrición mediante productos ricos en proteína o por</p>	<p>AGREE 91,5%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A</p> <p>guía buena calidad</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</p> <p>Medir y registrar el peso diariamente.</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción,</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
2013 GPC	fosfato de la sangre a través de la diálisis, los adultos en diálisis tienen diferentes niveles recomendados a aquellos con estadio 4 o 5 ERC que no están en diálisis.		encima del nivel mínimo recomendado. Para las personas en diálisis, tener en cuenta posibles pérdidas de proteína dializada. 1.1.4 Si se necesita un suplemento nutricional para mantener la ingesta de proteínas en niños y jóvenes con hiperfosfatemia, ofrecer un suplemento con menor contenido de fosfato, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y los requisitos nutricionales. Revisión de los tratamientos: niños, jóvenes y adultos 1.1.16 En cada revisión clínica habitual, evaluar el control de fosfato en suero del paciente, teniendo en cuenta: -gestión de fosfato de la dieta -régimen quelante de fosfato -la adherencia a la dieta y la medicación y otros factores que influyen en el control de fosfato, como la vitamina D o diálisis			permanencia y extracción), según el protocolo del centro. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria
5) Figueiredo A, Goh BL, Jenkins S, Johnson DW, Mactier R, Ramalakshmi S, Shrestha B, Struijk D, Wilkie M; International Society for Peritoneal Dialysis. Clinical practice guidelines for peritoneal access. 2010	Personal sanitario que participan en la implantación y cuidado de catéteres peritoneales	Reducción de complicaciones	Directriz 1.1 - DP acceso: Acceso Equipo Se recomienda que cada centro debe tener un equipo especializado que participan en la implantación y cuidado de catéteres peritoneales Directriz 2.1 - DP acceso: Planificación Sugerimos, siempre que sea posible, que la inserción del catéter se debe realizar por lo menos 2 semanas antes de comenzar diálisis peritoneal . Volúmenes de dializado pequeños en la posición supina se pueden usar si se requiere diálisis antes (2B) Directriz 3.1 - DP acceso: Protocolo Implantación Se recomienda que las unidades renales deben tener protocolos claros para cuidado peri-operatorio del catéter, incluyendo el uso de profilaxis de antibiótica (1A) . Los siguientes puntos deben ser incluidos en el cuidado del catéter por protocolo perioperatorio Antes de la intervención - comprobación de hernias, detección de MRSA y portadores nasales de Staphylococcus	AGREE 71,8% Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades	Grado A guía buena calidad	Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida. Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal. Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).OBESIDAD Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
GPC			<p>aureus, identificación de un catéter de una longitud adecuada y marcar el sitio de salida con el paciente sentado o de pie.</p> <p>Pre-implantación - preparación intestinal con laxantes, garantizar el vaciado de la vejiga, la administración de antibióticos profilácticos, la preparación del sitio quirúrgico según guía,</p> <p>Después de la cirugía - el orificio de inserción del catéter debe permanecer seco y limpio, la zona de salida se cubre con un apósito no oclusivo adecuado y si es posible no cambiar en 5-10 días; inmovilización del catéter; cuando el paciente sea dado de alta ofrecer de laxantes con consejos sobre el reconocimiento de las complicaciones potenciales. Una vez colocado el catéter, y hasta que se complete la cicatrización, los cambios de apósito debe ser realizado por una enfermera de diálisis utilizando una técnica estéril.</p> <p>Se recomienda la administración de antibióticos profilácticos para reducir el riesgo de infecciones en el sitio del catéter</p> <p>Directriz 7.1 - PD acceso: Auditoría</p> <p>Le recomendamos que por lo menos cada 12 meses debe haber una reunión conjunta entre los cirujanos y el equipo de nefrología para revisar los datos de catéteres de DP. (1B).</p>			<p>presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica.</p> <p>Medir y registrar el perimetro abdominal.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular,</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>6) Peritoneal Dialysis Adequacy Work Group</p> <p>Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy.</p> <p>2006</p> <p>GPC</p>		<p>La decisión de iniciar un tratamiento de diálisis o realizar trasplante preventivo representa una decisión conjunta de paciente y el médico, lo que refleja su mutua comprensión de los compromisos y las incertidumbres. Los individuos varían enormemente en la respuesta fisiológica a la uremia y al tratamiento de diálisis. Los pacientes también varían en la voluntad y la capacidad de adherirse a un régimen médico destinado a evitar la necesidad de tratamiento de diálisis. En los sistemas de salud puede existir mucha</p>	<p>Línea 3. Preservación de FRR No está claro si el beneficio de normotensión alcanzada por ultrafiltración vigorosa se compensa con la disminución en FRR de la depleción de volumen.</p> <p>Directriz 4. Mantenimiento de euvolemia Se necesitan más ensayos aleatorios para determinar la presión arterial óptima</p> <p>Directriz 5. Programas de Mejoramiento de Calidad Programas de mejora continua, se mostró una mejora específica en los resultados como las tasas de peritonitis, las tasas de infección del sitio de salida, la técnica las tasas de fracaso, etc. Sería importante desarrollar una mejor comprensión sobre los factores que también mejoran el bienestar del paciente y la satisfacción con su modalidad. Las guías actuales recomiendan evaluar el estado del transporte peritoneal usando PET</p> <p>Directriz 6. Pediátrica DP Datos pediátricos son escasos, en parte porque son pocos los ensayos clínicos utilizando RR de muerte como un resultado para su adecuación. Sin embargo, hay otros aspectos importantes de la atención global del paciente que deben ser considerados y evaluados. Estos incluyen el desarrollo de un medio simplificado para estimar el filtrado glomerular en los niños que se opone la necesidad de recolección de orina y que es preciso en niveles bajos (estadios 4-5 de ERC) de la función renal, la determinación de adecuada y depuración de solutos totales óptimo en los niños que reciben DP, la comparación de los efectos de depuración peritoneal de solutos frente RKF en la evolución del paciente, evaluación de la DP y la longevidad de la terapia diálisis de los pacientes pediátricos y su familias, la determinación de soluciones de diálisis basados en icodextrin- para mejorar la capacidad ultrafiltración en todo el espectro de edad / tamaño de pediatría, y la evaluación de la seguridad y eficacia de IECA, ARA II, y el tratamiento con diuréticos en niños con ERC estadio 5 receptores de DP.</p>	<p>AGREE 79,8%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A</p> <p>guía buena calidad</p>	<p>flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p> <p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado. Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal. Medir y registrar el peso diariamente. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial. Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4). Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica. Medir y registrar el perímetro abdominal. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Realizar los intercambios de</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
		<p>variabilidad en su capacidad para controlar con seguridad a los pacientes con insuficiencia renal avanzada sin tratamiento de diálisis.</p> <p>Se requiere un juicio clínico basado en clínica experiencia.</p>				<p>diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>7)Registered Nurses' Association of Ontario</p> <p>Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease 2009</p>			<p>Recomendación 1.0: Las enfermeras identifican la decisión que el paciente con ERC afronta en un momento determinado en el tiempo</p> <p>Recomendación 2.0: Las enfermeras realizarán un screening del paciente para valorar el conflicto de decisiones en el contacto inicial y la situación del paciente, y cuando las condiciones cambien. Las enfermeras pueden utilizar la herramienta SURE para la detección de conflictos de decisión. La herramienta SURE identifica: (a) incertidumbre acerca de una decisión; y (b) los factores modificables que</p>	<p>AGREE 79,1%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A</p> <p>guía buena calidad</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
GPC			<p>influyen en conflicto decisional como conocimientos inadecuados, valores poco claros y necesidad de apoyo y asesoramiento.</p> <p>Recomendación 3.0: Las enfermeras determinan el origen de conflicto decisional del paciente.</p> <p>Las enfermeras evalúan los conocimientos y expectativas del paciente sobre las opciones</p> <p>Evaluar y discutir la disponibilidad de recursos</p> <p>Las enfermeras miden objetivamente la confianza del paciente y la capacidad para tomar decisiones y autocontrol de su enfermedad renal crónica</p> <p>Las enfermeras ayudan al paciente a clarificar sus / sus valores</p> <p>Las enfermeras aclaran papel preferido del paciente en la toma de decisiones y quién más que el paciente quiera involucrar en el proceso de toma de decisiones</p> <p>Recomendación 4.0: Las enfermeras entienden la diferencia entre la prestación de la educación del paciente y apoyo a las decisiones.</p> <p>Recomendación 5.0: Las enfermeras utilizan ayudas para la decisión del paciente y otras herramientas para proporcionar apoyo a las decisiones. Las enfermeras se mantienen neutrales en el apoyo a los pacientes en el proceso de toma de decisiones Las enfermeras utilizan herramientas validadas para proporcionar apoyo a las decisiones.</p>			<p>beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>8) Naylor H.L., Jackson H., Walker G.H., Macafee S., Magee K., Hooper L., Stewart L. & MacLaughlin H.L; on behalf of the Renal Nutrition Group of the British Dietetic Association (2013)</p> <p>British Dietetic Association evidence-based guidelines for the protein</p>	<p>La presente revisión tiene como objetivo actualizar las recomendaciones anteriores y desarrollar guías de práctica basada en la evidencia sobre las necesidades de proteínas de adultos sometidos a diálisis de mantenimiento</p>	<p>Cuatro preguntas de investigación fueron formulados para investigar el requerimiento de proteína total y proteínas la calidad requerida por adultos sometidos a HD y DP</p>	<p>Esta revisión sistemática encontró que hay una limitada cantidad de evidencia de buena calidad para apoyar las recomendaciones sobre las necesidades de proteínas de esta población.</p> <p>Muchos de los estudios incluidos no fueron específicamente diseñados para evaluar el efecto de la ingesta de proteínas y constituyen evidencia débil. La evaluación directa de proteínas en la dieta y la ingesta de energía y la composición corporal era pobre, con la mayoría de los estudios que utilizan las estimaciones derivadas de proteínas de admisión (VCP y PNA), en lugar de métodos tales como registros de consumo de alimentos. Del mismo modo, hay dificultades en la interpretación de los resultados, medidas tales como albúmina de suero, en particular cuando no hay, informa del estado inflamatorio. La albúmina es una proteína reactante de fase aguda, que se degrada cuando se genera una respuesta inflamatoria, haciendo así su uso como marcador del estado de la proteína crónica como</p>	<p>AGREE 69,7%</p> <p>Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades</p>	<p>Grado A guía buena calidad</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</p> <p>Medir y registrar el peso diariamente.</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>requirements of adults undergoing maintenance haemodialysis or peritoneal dialysis.</p> <p>2013</p> <p>GPC</p>			<p>cuestionable.</p>			<p>centro.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>9)</p> <p>Daly C, Cody JD, Khan I, Rabindranath KS, Vale L, Wallace SA.</p> <p>Double bag or Y-set versus standard transfer systems for continuous ambulatory peritoneal dialysis in end-stage kidney disease.</p> <p>2013</p> <p>R.S.</p>	<p>Se identificaron ensayos elegibles con un total de 991 pacientes asignados al azar. A pesar del gran número total de pacientes, pocos ensayos cubren las mismas intervenciones, un pequeño número de pacientes fueron incluidos en cada ensayo y la calidad metodológica era subóptima.</p>		<p>Establecer si los sistemas de doble bolsa(Y) de eran superiores a los sistemas convencionales de aguja (7 ensayos, 485 pacientes, RR 0,64; IC del 95%: 0,53 a 0,77) en la prevención de la peritonitis en la DP</p>	<p>CASPE 9</p>	<p>NE 2</p> <p>Grado A</p>	<p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>10) Harwood L, Clark AM</p> <p>Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies</p> <p>2013 Revisión de estudios cualitativos.</p>	<p>Revisión de estudios cualitativos Examinar cómo las personas con enfermedad renal crónica toman decisiones sobre la prestación y el tipo de diálisis. La revisión tuvo como objetivo específicamente identificar las influencias en las decisiones relativas a la diálisis en el hogar.</p>	<p>Los autores concluyeron que las decisiones sobre las opciones de diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica fueron muy personales y fuertemente influenciadas por los valores del paciente y de la familia, el contexto de la vida del paciente y el deseo de implicación mínima. No hay opción percibida como mejor. Las conclusiones parecen bien justificadas.</p>	<p>Las decisiones de modalidad de diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica son muy personales y están fuertemente influenciados por los pacientes y los valores familiares, el contexto de la vida del paciente y el deseo de intrusión mínima. Ningún modo de diálisis fue percibido como superior, dado el carácter personalizado de la toma de decisiones.</p> <p>Práctica: los autores afirman que la diálisis en el hogar debe presentarse como una opción en el contexto de los debates previstos y oportunos sobre la diálisis. El apoyo profesional debería incluir la preparación del paciente y la familia para la diálisis, el conocimiento de las diferentes opciones y repercusiones en el estilo de vida. Los autores señalaron que algunos de los estudios se realizaron hace más de 10 años y el enfoque del tratamiento ha cambiado en ese tiempo.</p> <p>Investigación: Los autores señalaron que se necesita más investigación para explorar la complejidad de la toma de decisiones con los factores sociales más amplios en la mente. En concreto, la investigación debe llevarse a cabo con los pacientes en la fase de toma de decisiones activa para entender más claramente las influencias específicas para diálisis en el hogar.</p>	<p>CASPE 8,5 (Cualitativo)</p>	<p>NE 3 Grado A</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria.</p>
<p>11) Ballinger AE, Palmer SC, Wiggins KJ, Craig JC, Johnson DW, Cross NB, Strippoli GFM</p> <p>Treatment for peritoneal dialysis-associated peritonitis 2014 RS</p>	<p>Pacientes adultos y pediátricos que recibían DP (CAPD o APD) y desarrollaron peritonitis asociada a la DP</p> <p>Evaluar los beneficios y daños de los tratamientos</p>	<p>En general, las conclusiones de la revisión se basaron en un número pequeño de estudios con pocos eventos en los que el riesgo de sesgo fue generalmente alto; Las intervenciones fueron heterogéneas, y</p>	<p>Muchos de los estudios que evaluaron el tratamiento de la peritonitis relacionada con DP son pequeños y anticuados, de mala calidad, tenían definiciones y regímenes de dosificación inconsistentes. La administración IP de antibióticos era superior a la administración IV para el tratamiento de la peritonitis asociada a la DP y los glicopéptidos aparecen como tratamiento óptimo para la curación completa de la peritonitis, aunque la evidencia de este hallazgo fue evaluado como de baja calidad.</p> <p>La retirada de catéter de DP puede ser el mejor tratamiento para evitar la recaída o peritonitis persistente. La evidencia era insuficiente para identificar el agente óptimo, vía o duración de los antibióticos para el tratamiento de la peritonitis. No aparecen antibióticos específicos que puedan tener una eficacia superior para prevenir el fracaso del tratamiento o recidiva de peritonitis, pero las pruebas se</p>	<p>CASPE 8,5</p>	<p>NE 2 Grado A Evidencia Indirecta</p>	<p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida. Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado. Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura,</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
	para la peritonitis asociada a la DP.	la definiciones de los resultados eran a menudo incompatibles. No hubo ECA que evaluaran el momento óptimo de la retirada del catéter y no había datos para la DP automatizada.	limitan a unos pocos ensayos. El papel de lavado peritoneal de rutina o uroquinasa es incierto.			<p>pulso, respiraciones y presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>12) Strippoli GF, Tong A, Johnson D, Schena FP, Craig JC.</p> <p>Catheter type, placement and insertion techniques for preventing peritonitis in peritoneal dialysis patients</p> <p>2004</p> <p>RS</p>	<p>Evaluar las intervenciones relacionadas con el catéter para la prevención de la peritonitis en la DP.</p> <p>Se incluyeron los ensayos que compararon diferentes técnicas de inserción y tipo de catéter, el uso de técnicas de inmovilización o diferentes períodos de interrupción. Se excluyeron los ensayos de diferentes tipos de DP.</p>	<p>El presente estudio es el primero de su tipo en que representa una revisión sistemática exhaustiva de beneficios y daños relativos de las diferentes intervenciones relacionadas con el catéter en pacientes con DP</p> <p>Se pudo demostrar en esta revisión que no hay grandes ventajas de ninguna de las intervenciones relacionadas con el catéter sobre otras que hayan sido utilizadas para reducir el riesgo de peritonitis DP. La frecuencia y la calidad de los ensayos disponibles son "subóptimas".</p>	<p>Se identificaron diecisiete ensayos elegibles (1089 pacientes), ocho de estrategias quirúrgicas de inserción del catéter, ocho de comparación catéteres en línea recta con los en espiral, uno de un solo manguito frente a los catéteres de manguito doble y uno de un dispositivo inmovilizador. La calidad metodológica era subóptima. No hubo diferencias significativas con la laparoscopia en comparación con la laparotomía para la peritonitis, tasa de peritonitis, sitio de salida / infección del túnel o catéter eliminación / sustitución. Inserción estándar con apoyo pero subcutánea no profunda del catéter frente a la implantación y profunda subcutánea , no se asoció con una reducción significativa en la tasa de peritonitis, tasa de infección del sitio de salida / túnel o mortalidad por cualquier causa. La línea media en comparación con la inserción lateral no mostró diferencias significativas en el riesgo de peritonitis o del sitio de salida / infección del túnel. No hubo diferencias significativas en el riesgo de peritonitis, tasa de peritonitis, del sitio de salida / túnel de infección, del sitio de salida / tasa de infección del túnel o la retirada del catéter / sustitución entre las porciones catéteres intraperitoneal recta frente espiral. Un ensayo comparó manguito único versus catéteres dobles y no mostró diferencias significativas en el riesgo de peritonitis, sitio de salida / infección del túnel o catéter eliminación / sustitución. Un ensayo comparó la inmovilización versus ninguna inmovilización del catéter de DP y no mostró diferencias significativas en el riesgo de peritonitis y / la infección del túnel u orificio de salida</p>	CASPE 7,5	<p>NE 2</p> <p>Grado B</p> <p>Evidencia Indirecta</p>	<p>abdominal).</p> <p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.</p> <p>Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal.</p> <p>Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).OBESIDAD</p> <p>Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
						de salida). Observar si hay signos de dificultad respiratoria. Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).
<p>13) Strippoli GF, Tong A, Johnson D, Schena FP, Craig JC.</p> <p>Antimicrobial agents for preventing peritonitis in peritoneal dialysis patients.</p> <p>RS Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 4, 2010. Review content assessed as up-to-date: 17 December 2007.</p>	<p>La principal limitación de la DP es la peritonitis que conduce al fracaso de la técnica, hospitalización y el aumento de la mortalidad. Para prevenir la peritonitis. se utiliza la profilaxis oral, nasal, con antibióticos tópicos, desinfectantes del sitio de salida y otras intervenciones antimicrobianas. Se incluyeron los ensayos de los siguientes agentes: antibióticos por</p>	<p>Comprobar qué evidencia apoya el uso de diferentes enfoques antimicrobianos para prevenir la peritonitis en la DP.</p>	<p>Esta revisión demuestra que la mupirocina nasal reduce infección del sitio de salida / infección del túnel pero no la peritonitis. Profilaxis intravenosa preoperatoria reduce la peritonitis temprana pero no del sitio de salida / infección del túnel. No hay otras intervenciones antimicrobianas han demostrado su eficacia. Dado que gran número de pacientes en DP y la importancia de la peritonitis, la falta de ECA con poder estadístico adecuado para informar la toma de decisiones sobre estrategias para prevenir la peritonitis que llama la atención</p>	<p>CASPE 7,7</p>	<p>NE 2 Grado A Evidencia Indirecta</p>	<p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida. Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial. Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4). Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica. Fijar las conexiones y el</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
	cualquier vía (oral, nasal, tópica), desinfectantes del sitio de salida (clorhexidina, povidona yodo, el jabón y el agua), vacunas y dispositivos germicidas ultravioleta.					tubo firmemente. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida). Observar si hay signos de dificultad respiratoria. Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria
14) Rabindranath KS, Adams J, Ali TZ, et al. . Continuous ambulatory peritoneal dialysis versus automated	Ensayos controlados aleatorios (ECA) o cuasialeatorios que comparaban diálisis peritoneal continua	Evaluar los beneficios y daños de la DPCA frente a hemodiálisis de hospitalización o domiciliaria para pacientes adultos con	No hubo diferencia estadística en la muerte o la calidad años de vida ajustados por la puntuación en dos años entre la diálisis peritoneal ambulatoria o diálisis automática y la hemodiálisis.	CASPE 9,5	NE 1 Grado C	Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>peritoneal dialysis for end-stage renal</p> <p>2007</p> <p>RS</p>	<p>ambulatoria (DPCA) a hemodiálisis de internación o domiciliaria para pacientes adultos con enfermedad renal terminal (ERT).</p>	<p>fase terminal enfermedad renal</p>				<p>centro.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>15)</p> <p>Stratton R J, Bircher G, Fouque D, Stenvinkel P, de Mutsert R, Engfer M, Elia M</p> <p>Multinutrient oral supplements and tube feeding in maintenance dialysis: a systematic review and meta-analysis</p> <p>2005 RS</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis de estudios de pacientes con ERC sometidos a diálisis (de cualquier tipo)</p> <p>Intervención Todos los estudios que utilizan suplementos nutricionales orales y / o alimentación por sonda (todas las rutas / métodos), incluidos los que están</p>	<p>objetivos: (1) examinar el impacto de apoyo nutricional enteral (multinutriente orales suplementos y alimentación por sonda) frente a la atención de rutina en el resultado clínico y el estado nutricional; (2) investigar si fórmulas enterales multinutricionales específicamente</p>	<p>Esta revisión sistemática sugiere que apoyo enteral de multinutrientes puede mejorar la ingesta dietética y las concentraciones de albúmina en suero. Había datos insuficientes para evaluar los efectos en los resultados clínicos. El Nivel de albúmina a menudo es considerado como un pronóstico indicador clínico para los pacientes con ERC, y aunque no se correlaciona con la desnutrición per se, el nivel de albúmina sérica 52 se correlaciona fuertemente con la mortalidad. El metanálisis de ECA 1 y 2 ECC mostró un aumento significativo de $0,23$ g / dl (23 g / L) en las concentraciones circulantes de albúmina para los pacientes que reciben apoyo nutricional específico de la enfermedad en comparación con los que recibieron atención de rutina (es decir, dieta habitual sin apoyo nutricional). El aumento en los niveles de albúmina sérica en los que reciben apoyo nutricional puede ser causada por asociación de cambios en la actividad de la enfermedad (inflamación) y el estado de hidratación, pero no había información suficiente para evaluar esto en los ensayos revisados. El efecto del apoyo nutricional en resultados clínicos fue difícil de evaluar en el actual revisar porque se reportaron estos resultados con poca frecuencia. sólo unos pocos estudios</p>	<p>CASPE 8, 75</p>	<p>NE 2 Grado B</p>	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.</p> <p>Medir y registrar el peso diariamente.</p> <p>Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Medir y registrar el perímetro abdominal.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción,</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
	<p>utilizando simultáneamente el asesoramiento dietético y / o nutrición parenteral y / o dieta estándar simultánea En el hospital o en la comunidad</p>	<p>diseño son superiores a los fórmulas multinutricionales normales ; y (3) para comparar la eficacia de la alimentación por sonda enteral frente a la nutrición parenteral en este grupo de pacientes Resultado: la ingesta dietética, antropometría, Nivel de albúmina sérica Nivel prealbúmina sérica Los resultados clínicos (calidad de vida, la mortalidad, complicaciones) Los electrolitos (potasio en suero y fosfato)</p>	<p>informaron de una mejora significativa en el estado nutricional (peso corporal, grasa y / o masa muscular). El momento óptimo de la suplementación oral en diálisis los pacientes también se desconoce, Los resultados de los estudios revisados sugieren poco efecto de la alimentación complementaria (estándar o enfermedad específica) en el estado de electrolítico. El uso de fórmulas con bajas concentraciones de electrolitos como la fuente única o predominante de nutrición (a menudo como alimentación enteral) puede no ser siempre óptimo para pacientes que reciben diálisis debido a la hipopotasemia y puede ocurrir hipofosfatemia</p>			<p>permanencia y extracción), según el protocolo del centro. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>16) Gaosi Xu*, Weiping Tu* and Chengyun Xu Mupirocin for preventing exit-site infection and peritonitis in patients undergoing</p>	<p>La población de la investigación consistió en adultos (edad ≥ 18 años) en DP; Los estudios eran ensayo controlado aleatorio (ECA) o estudio de cohorte; donde</p>	<p>El resultado primario fue la diferencia en la tasa de infección por S. aureus (ESI o peritonitis) entre los pacientes tratados con mupirocina</p>	<p>Hay varias limitaciones en este meta-análisis. En primer lugar, debido a un número insuficiente de ensayos controlados aleatorios, otros diseños de estudio (estudio de cohorte) se incluyeron en este análisis. En segundo lugar, los ensayos que no mostraron que la profilaxis con mupirocina tuviera un beneficio en disminuir el número de ESI y la peritonitis puede que no se hayan publicado, sesgando así los resultados hacia un beneficioso efecto de la profilaxis mupirocina. Sin embargo, la estrategia óptima para el uso de este antimicrobiano tópico y minimizar la aparición de resistencias todavía no estaba claro</p>	<p>CASPE 7,5</p>	<p>NE 2 Grado B Evidencia indirecta</p>	<p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida. Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
peritoneal dialysis 2010 RS	se administró tratamiento de mupirocina al grupo de terapia, y placebo o ningún tratamiento se administró al grupo control; y					<p>presión arterial.</p> <p>Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill</p> <p>Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).</p> <p>Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, Frotis nasales si se indica.</p> <p>Fijar las conexiones y el tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
						<p>controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>17) K. Scott Brimble, Michelle Walker, Peter J. Margetts, Kiran K. Kundhal, and Christian G. Rabbat Meta-analysis: peritoneal membrane transport, mortality, and technique failure in peritoneal dialysis 2004 RS</p>	<p>Meta-analysis de estudios observacionales para valorar la relación entre la técnica Standard 4-h dwell (D/P_c) y mortalidad y fallo de la técnica en pacientes sometidos a DP</p>		<p>Análisis Meta-regresión mostró que la proporción de pacientes que se encontraban en DP con cicladora continua dentro de un estudio era inversamente proporcional el riesgo de mortalidad. Este meta-análisis demuestra que una tasa de transporte de solutos a través de la membrana peritoneal más alto está asociado con un mayor riesgo de mortalidad y una tendencia a una mayor técnica fracaso</p>	CASPE 6,75	NE 3 Grado C	<p>Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro. Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p>
<p>18) Sander M. Hagen1, Jeffrey A. Lafranca1, Jan N.M. IJzermans1 and Frank J.M.F. Dor1 A systematic review and meta-analysis of the influence of</p>	<p>Esta revisión sistemática incluye ensayos controlados y aleatorizados (ECA) hasta octubre de 2012, que describen múltiples resultados de estudios que</p>	<p>Existen varias configuraciones de diseño de catéter de DP que puede afectar a la función del catéter, tales como la forma del segmento intraperitoneal, el número de puños, y la</p>	<p>Para los catéteres insertados quirúrgicamente, la tasa de eliminación y la supervivencia a 1 año después de la inserción fueron significativamente a favor de catéteres rectos. Nuestra meta-análisis claramente demuestra beneficios para los catéteres con segmento intraperitoneal recto</p>	CASPE 7,75	NE 2 Grado B No útil	<p>Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
peritoneal dialysis catheter type on complication rate and catheter survival 2013 RS	compararon diferentes tipos de catéteres. Este metaanálisis comprende tres comparaciones: catéteres recta vs. enrollado , recto cuello cisne frente, y solo vs. doble manguito. En esta revisión y meta-análisis, se ha tratado de obtener una respuesta definitiva si un tipo específico de catéter es resultado superior respecto otro	configuración subcutánea. Esta revisión y metaanálisis se llevó a cabo para determinar si hay alguna ventaja clínica de uno de los tipos de catéteres o configuraciones.				
19) Allison Tong, PhD,1,2 Brian Lesmana,1,2 David W. Johnson, PhD,3 Germaine Wong, PhD,1,2,4 Denise Campbell, MPH,1,2 and Jonathan C. Craig, PhD1,2 The perspectives of adults living with peritoneal dialysis: thematic synthesis of qualitative studies	La investigación cualitativa proporciona la comprensión en profundidad en creencias, perspectivas y actitudes de las personas. Un estudio cualitativo individual puede estar restringido al enfoque de un solo tema; sin embargo, la síntesis de los	El objetivo es alcanzar un conocimiento más amplio de las perspectivas de estos pacientes para informar a los proveedores de servicios de cuidado de la salud acerca de maneras de aliviar la carga psicosocial, apoyar el tratamiento toma de decisiones y mejorar la	Atención centrada en el paciente, que se basa en la idea que las preferencias y necesidades de los pacientes deben ser la dirección, ha sido defendido ampliamente. Incluso ha sugerido que el apoyo social y las creencias de los pacientes con respecto a la efectividad del tratamiento puede predecir e incluso contribuir como mediadores para mejorar la supervivencia. Los hallazgos han hecho hincapié en la necesidad de atención integral dirigido a la gama de necesidades y preocupaciones de los pacientes en la terapia de DP. En la atención clínica, los esfuerzos son en gran parte destinados a reducir las infecciones relacionadas con la DP- optimizando Sistemas DP y soluciones, y lograr los recomendados parámetros clínicos. Sin embargo, los recursos también son necesarios para promover la salud en general y psicosocial, con resultados y satisfacción con el tratamiento Se necesitan programas que abordan cómo la DP puede	CASPE 8,5	NE 3 GradoA	Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis. Medir y registrar el peso diariamente. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial. Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro. Realizar los intercambios de diálisis (introducción,

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
2013 RS cualitativa	resultados de múltiples estudios cualitativos pueden dar una comprensión más amplia de experiencias de los pacientes y perspectivas en diferentes contextos de atención de salud. Este estudio tiene como objetivo sintetizar los estudios cualitativos de experiencias de los pacientes, las creencias y las actitudes acerca de PD.	satisfacción con el tratamiento y los resultados de salud	ser integrada en el estilo de vida "normal" del paciente con el fin de minimizar el sentido de intrusión médica en el hogar y la carga para la familia. Basándonos en estos hallazgos, los pacientes deben participar activamente en su tratamiento al aprender acerca de cómo sintonizarse a sus síntomas corporales y ajustar el tratamiento en consecuencia. También sugerimos que las intervenciones se centren en la familia o cuidador- y los grupos de apoyo a pacientes Pacientes con DP se ofrecerán para fortalecer el apoyo social, que a su vez puede promover la adaptación positiva a la enfermedad de Renal. Ensayos controlados aleatorios de apoyo social están prácticamente ausente en los pacientes con ERC a pesar de estos pacientes están en mayor riesgo de depresión y mortalidad . En ensayos clínicos de otras enfermedades se concluye que las intervenciones de apoyo social confieren un beneficio de supervivencia para pacientes			permanencia y extracción), según el protocolo del centro. Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida). Observar si hay signos de dificultad respiratoria. Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos. Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento. Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal). Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria
20) Arrieta J, Bajo MA, Caravaca F, Coronel F, García-Pérez H, González-Parra E, Granado A, Martín-Govantes J, Miguel A, Molina A, Montenegro J, Pérez-Bañasco V,	La diálisis peritoneal está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente, tanto en su modalidad manual, la Diálisis	Se han propuesto objetivos basados en las evidencias clínicas disponibles y, en su defecto, en el consenso de opiniones de expertos. La	Introducción 2. Ventajas de la DP 3. Desventajas de la DP 4. Resultados generales 4.1. Supervivencia 4.2. Infecciones 4.3. Otras complicaciones 5. Manejo de la DP en relación al TR	AGREE 59,7% Diferentes niveles de Evidencia y Grado de recomendación según actividades	. Grado A guía buena calidad.	Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada. Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación. Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida. Llevar un registro de los

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
<p>Pérez-Fontán M, Remón-Rodríguez C, Rodríguez-Palomares JR, Ruiz C, Sánchez-Moreno A, Vega N;</p> <p>Guidelines of the Spanish Society of Nephrology Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis</p>	<p>Peritoneal Continua Ambulatoria, como en la automatizada, la Diálisis Peritoneal Automática, y es elegida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje apreciable. La Sociedad Española de Nefrología ha promovido un proyecto de creación de unas guías de actuación en el campo de la DP en España, encargando a un grupo de trabajo de miembros de la SEN el desarrollo de las mismas. Los datos que se ofrecen se basan en niveles de evidencia, opinión y experiencia clínica de las publicaciones más relevantes</p>	<p>mayoría de estas recomendaciones se basan en la eliminación de los solutos de bajo peso molecular, y si bien la finalidad de cualquier técnica de tratamiento sustitutivo es conseguir la "diálisis adecuada", quizás lo importante de un mínimo de dosis de diálisis sea asegurarnos que el paciente no esté insuficientemente dializado. El bienestar y la mejor supervivencia del enfermo en cualquier técnica, es el resultado de la suma de factores que derivan del adecuado control de múltiples parámetros, y su objetivo final debe ser la</p>				<p>volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado. Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal. Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades). <u>OBESIDAD</u> Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis. Medir y registrar el peso diariamente. Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial. Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones. flush-before-fill Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4). Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica. Medir y registrar el perímetro abdominal. Fijar las conexiones y el</p>

Autor, nombre, año, tipo de estudio	Población	Intervención Variables de resultado	Resultados	Comentario	Calidad Nivel Evidencia Grado Recom.	ACTIVIDADES RELACIONADAS
	sobre el tema.	búsqueda de la situación ideal para el paciente.				<p>tubo firmemente.</p> <p>Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.</p> <p>Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.</p> <p>Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).</p> <p>Observar si hay signos de dificultad respiratoria.</p> <p>Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.</p> <p>Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.</p> <p>Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal).</p> <p>Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria</p> <p>Recomendaciones dietéticas</p> <p>Toma de decisiones</p>

TABLA 2: ACTIVIDADES SELECCIONADAS

Recomendación	Propuesta Equivalencia actividad NIC	G	G	G	G	G	G	G	G	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	G	NE/
		P	P	P	P	P	P	P	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	P	GR
		C	C	C	C	C	C	C	C	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	JBI
MUY RECOMENDABLE	Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.	X		X	X		X	X			X				X	X		X		X	X	NE I GR A
RECOMENDABLE	Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación																					
MUY RECOMENDABLE	Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.	X				X					X	X	X			X		X		X		NE I GR B
RECOMENDABLE	Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado	X	X				X				X										X	NE II GR B
RECOMENDABLE PERO NO APLICABLE	Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal.					X	X					X									X	NE II GR B
RECOMENDABLE	Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades)	X				X						X									X	NE II GR B
MUY RECOMENDABLE	Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.	X	X								X		X			X				X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Medir y registrar el peso diariamente.	X	X		X		X		X						X					X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.	X	X			X	X				X	X	X		X	X				X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.	X	X			X	X			X	X	X	X		X						X	NE I GR A
RECOMENDABLE	Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).	X	X		X	X	X	X			X	X	X		X	X					X	NE I GR A
RECOMENDABLE	Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica.	X	X		X	X	X				X	X	X			X					X	NE I GR A
RECOMENDABLE	Medir y registrar el perímetro abdominal	X	X		X	X	X								X						X	NE I GR A

Recomendación	Propuesta Equivalencia actividad NIC	G P C 1	G P C 2	G P C 3	G P C 4	G P C 5	G P C 6	G P C 7	G P C 8	R S 9	R S 10	R S 11	R S 12	R S 13	R S 14	R S 15	R S 16	R S 17	R S 18	R S 19	G P C 20	NE/ GR Equiv. JBI
MUY RECOMENDABLE	Fijar las conexiones y el tubo firmemente.	X	X			X				X		X	X	X			X				X	NE II GR B
MUY RECOMENDABLE	Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.	X	X		X	X	X	X				X			X	X	X	X		X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).	X				X	X			X		X	X	X			X			X	X	NE I GR A
RECOMENDABLE	Observar si hay signos de dificultad respiratoria.	X				X	X					X	X	X			X			X	X	NE II GR B
MUY RECOMENDABLE	Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos	X				X						X	X	X			X			X	X	NE II GR B
MUY RECOMENDABLE	Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.	X	X	X	X		X	X	X		X			X	X	X	X			X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	X	NE I GR A
MUY RECOMENDABLE	Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria	X	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X	X	X	X		X	X	NE I GR A
	TOMA DE DECISIONES	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	X	
	MANEJO NUTRICIONAL				X											X				X	X	

ANEXO 5: NIVELES DE EVIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA INTERVENCION

NIC 2150 TERAPIA DE DIÁLISIS PERITONEAL		
Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.	NE I	GR A
Enseñar al paciente a controlar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, dificultad respiratoria, pulso irregular, flujo de salida turbo y dolor abdominal).		
Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis domiciliaria		
Participación activa del paciente en la toma de decisión sobre el tratamiento de la misma., explicando las diferentes opciones de tratamiento de su fallo renal. (nueva propuesta)		
Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo del centro.	NE I	GR A
Realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.		
Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación		
Comprobar el equipo y realizar los intercambios de diálisis (introducción, permanencia y extracción), según el protocolo del centro.(nueva propuesta)		
Valorar la permeabilidad del catéter, observando la dificultad del flujo de entrada/salida.	NE I	GR A
Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.		
Fijar las conexiones y el tubo firmemente	NE II	GR B
Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades)		
Asegurar una manipulación aséptica y segura del catéter peritoneal y de las conexiones: Valorar la permeabilidad del catéter, fijar las conexiones y el tubo firmemente, evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal(nueva propuesta)		
Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado	NE I	GR A
Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción de catéter peritoneal.	NE II	GR B
Controlar la presión arterial, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.	NE I	GR A
Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión arterial.		
Medir y registrar el perímetro abdominal		
Medir y registrar el peso diariamente		
Controlar y registrar diariamente los signos vitales basales y/o enseñar al paciente a llevar un registro diario: peso, temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial y la respuesta del paciente durante la diálisis. (nueva propuesta)		
Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (BUN, creatinina sérica y niveles séricos de Na, K y PO4).	NE I	GR A
Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica.	NE I	GR A
Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).	NE I	GR A
Observar si hay signos de dificultad respiratoria.	NE II	GR B
Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos	NE II	GR B
Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y las necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir el máximo beneficio del tratamiento.	NE I	GR A