

## HISTORIA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS PERIODICA

*S. Pujol Massa, M. Pocino Yuste, Equipo de Enfermería*

Centro Diálisis. Servicio Nefrología. Hospital Clinic i Provincial Barcelona.

### HISTORIA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN HEMODIALISIS PERIODICA

El sistema de recogida de datos e información de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.) que inician el tratamiento de hemodiálisis (H. D.) periódica, es totalmente personal, subjetivo y poco sistematizado.

En los pacientes que realizan tratamiento de H.D. desde hace ya varios años, la única información objetiva y fiable es la biológica y clínica (es de la que se tienen registros escritos).

El único documento utilizado por Enfermería es la hoja de curso diario de las H.D. En ellas se registran, además de los datos técnicos, valoraciones de enfermería que dependerán mucho del criterio y de la filosofía del personal de enfermería.

El resto de la información de que se dispone es subjetiva y deformada por el tiempo y el recuerdo.

Actualmente, cada vez más, a medida que Enfermería asume su función principal de cuidar, se observa una necesidad de tener un conocimiento integral del paciente, para facilitar y potenciar la labor de Enfermería en un marco más amplio, que la estricta aplicación de la técnica de hemodiálisis.

### MOTIVACION

Nuestra motivación ha sido la necesidad y la inquietud de confeccionar un documento que recogiera toda la información, como fundamento para conocer las necesidades del paciente y poder planificar los cuidados más adecuados.

### OBJETIVOS

Sistematizar y regular la recogida de datos en un único documento, historia de enfermería, evitando la subjetividad y universalizando la información a todo el equipo de enfermería.

Los registros están adaptados a la problemática concreta de los pacientes de I.R.C. con tratamiento de H. D., la cronicidad de sus alteraciones biopsicosociales y la larga evolución de sus problemas, obligan a una valoración periódica del paciente, para adaptar en todo momento los cuidados a las necesidades.

### MATERIAL Y METODOS

**A/material.-** 1. Conocimiento y sugerencias del personal integrante del equipo de Enfermería.  
2. Material bibliográfico.

**B/métodos:** 1. Reuniones periódicas participativas de todo el equipo de Enfermería, en las que progresivamente se fueron incrementando los intercambios de conocimientos sobre los pacientes.  
2. Análisis de la situación: de las reuniones anteriores surgió la necesidad de unificar las pautas de actuación, según las características de cada paciente.

3. Tras valorar todas las alternativas, se llegó a la conclusión que la mejor forma de conseguir nuestro objetivo, era confeccionar una historia de Enfermería.
4. Elaboración del borrador del documento en base al material disponible.
5. Presentación del documento.

## RESULTADOS

Distribuidos en cinco apartados:

1. Datos generales o básicos (cuerpo de la historia de Enfermería).
2. Ficha del acceso vascular.
3. Características/cursode las hemodiálisis.
4. Atención de Enfermería.
5. Fichas de medicación y pruebas diagnósticas.

### 1. Cuerpo de la Historia de Enfermería.

Es una historia de Enfermería básica, ampliando la información en unos determinados apartados:

- Códigos de los registros.
- Trasplante renal.
- Localización /persona referencia.
- Situación familiar laboral.
- Actividades complementarias.
- Antecedentes clínicos personales.

### 2. Ficha acceso vascular.

Por la importancia y preocupación que tiene para estos pacientes el acceso vascular, creemos que es necesario confeccionar una hoja exclusivamente sobre él. Una vez reunidos los datos, Enfermería, cuenta con la información necesaria en cualquier momento, que ésta se requiera.

### 3. Características/Curso Hemodiálisis.

#### ***A/Hojas de las <Características Hemodiálisis>***

Información cronológica de las características técnicas de la hemodiálisis.

#### ***BIHojas del «Curso Hemodiálisis»:***

Permite un conocimiento rápido y eficaz de, los aspectos clínicos y comportamiento del paciente durante las H.D.

Al mismo tiempo nos proporciona un breve perfil de actuación, en determinadas situaciones según el paciente. Estas hojas están diseñadas para informar al personal de otros turnos o de nueva incorporación.

### 4. Atención de Enfermería.

#### ***AIHojas de «Cuidados de Enfermería»:***

En estas hojas se describen los cuidados, derivados de una valoración de las necesidades, que se

administran de manera puntual y que se pueden evaluar en un corto espacio de tiempo. Como es evidente siguen las directrices del Procedimiento de Atención de Enfermería (P.A.E.). Ejemplos: infecciones, alteraciones dietéticas puntuales, heridas, etc.

**BIHojas de «Curso de Enfermería»:**

Diseñadas para tratar los problemas que se cronifican o que se manifiestan de manera cíclica. Son los problemas que siempre se repiten: náuseas/vómitos en cada Hemodiálisis, frecuentes cefaleas, úlceras gastroduodenales, dolores óseos, insomnio, etc.

Todos estos problemas son comentados en reuniones periódicas de todo el personal de Enfermería, donde se valoran y se buscan las pautas de actuación.

**5. Fichas de medicación y pruebas diagnósticas.**

**A IMedicación sistemática:**

Nos da a conocer la medicación y los cambios de tratamiento, relacionándolo con el tiempo. La terminología a usar no será el nombre comercial, sino el farmacológico.

**BIPruebas diagnósticas:**

Consiste en tener reunida toda la información sobre las pruebas diagnosticas hechas al paciente, ya sean puntuales o sistemáticas. Sabiendo en todo momento, de una manera clara la fecha de realización, el motivo y resultado de la prueba; se evita así, la repetición o inutilidad de alguna prueba y consiguiendo una visión global y un control estricto de todas las pruebas realizadas a lo largo de un período de tiempo.

Además en el apartado de observaciones se anotarán todos los aspectos reseñables, cuidados o problemas, generados por una determinada exploración, quedando constancia de éstos para posteriores repeticiones.

**CONCLUSIONES**

La puesta en marcha de esta historia de Enfermería representa, el inicio de un nuevo sistema de trabajo donde no sólo, no nos limitamos a la pura realización de la técnica, sino que es un compromiso para prestar cuidados integrales al paciente.

Es una alternativa para intentar ayudar al paciente en su adaptación al nuevo estado de salud/enfermedad.

Con la información que nos proporciona la historia de Enfermería, podemos ayudar a un paciente con I.R.C. en H. D. (crónico), a adaptarle a su realidad social, aceptando su enfermedad y reconduciendo las actividades que realizaba antes de su cronicidad, hacia las más permisibles según su estado puntual de salud. Con esto se consigue mejorar la calidad de vida.

**BIBLIOGRAFIA**

- Marrimer, A.: El proceso de atención de Enfermería, Ed. El manual moderno, S.A., México DF, 1983; 27-97.  
Martí, A., Rovira, P., Muñoz, E. y cols.: Propuesta de planificación de cuidados de Enfermería en programa de Hemodiálisis (H.D.) en régimen hospitalario, SEDEN, 1986; 269-280.  
Vives, A., Pocino, M.: Planificación de un modelo de historia de Enfermería, aplicada al enfermo renal crónico, SEDEN, 1986;354-359.  
Campibell, C.: Tratado de Enfermería, Ed. Doyma, Barcelona, 1987.  
Puig A., Valis, R.: Historia de una historia de Enfermería, Rol, diciembre 1985.





TABLA II

<p><b>ESTADO FISIOLÓGICA</b></p> <p>RESPIRACION: <input type="checkbox"/> NORMAL F.R. _____  <input type="checkbox"/> PATOLÓGICA F.R. _____          ▶ TIPO ALTERACION: _____</p> <p>CIRCULACION: <input type="checkbox"/> NORMAL F.C. _____  <input type="checkbox"/> DEFICIENTE F.C. _____          ▶ TIPO ALTERACION: _____</p> <p><b>ESTADO MENTAL</b></p> <p>NIVEL DE CONCIENCIA: _____          Consciente <input type="checkbox"/> Somnolento <input type="checkbox"/> "torpe" <input type="checkbox"/>          Comatoso <input type="checkbox"/></p> <p>Paleta de atencion <input type="checkbox"/> Contuso <input type="checkbox"/>          Orientacion: (tiempo, lugar y persona) _____</p> <p><b>ESTADO DE ALIMENTACION</b></p> <p>- GANANCIA DE PESO MEDIO INTERDIALISIS: _____          - PRESENCIA DE EDMAS PRE-NO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          - CONTROL POR EL PACIENTE DE SU INGESTA LÍQUIDA (cualitativa y cuantitativamente)</p>	<p><b>ESTADO NUTRICIONAL</b></p> <p>- PESO _____          { - correcto <input type="checkbox"/>          - deficiente <input type="checkbox"/>          - excesivo <input type="checkbox"/></p> <p>El peso en relación a su talla es: _____</p> <p>- DIETA: _____          Tipo y características de la dieta que hace el paciente: _____          equilibrada, desaconsejable, apetencias, desaptencias, frecuencia de ingesta.</p> <p>- INTOLERANCIAS ALERGIAS: _____</p> <p>- ESTADO BUCAL: _____          Problemas de masticación, estado y cantidad de piezas dentarias (protesis etc.)          Higiene bucal (frecuencia, modo)</p>	<p><b>ESTADO PERSONAL</b></p> <p>- ASPECTO QUE OFRECE SU HIGIENE _____          - Optimo <input type="checkbox"/>          - Deficiente <input type="checkbox"/></p> <p>- BAÑO (patron habitual, tipo, frecuencia) _____</p> <p>- CUIDADOS DEL PIEL _____</p> <p>- CUIDADOS DE LAS UÑAS _____</p> <p>- CUIDADOS DE LA PIEL _____</p> <p>- PRESENCIA DE: Concusiones <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Escaras <input type="checkbox"/>          Pálidos <input type="checkbox"/> Empequeñamiento <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/></p> <p>- HIGIENE DE LA ZONA DEL ACCESO VASULAR: _____</p>	<p><b>ESTADO PSICOLÓGICO</b></p> <p>- FRECUENCIA _____          - LOCALIZACIÓN _____          - DURACION _____          - TIPO (continuo, punzante, irradiante, etc.) _____          - MEDICACION ANTIÁLGICA _____          - OBSERVACIONES _____</p> <p><b>SENTIDOS</b></p> <p>- VISION _____          BUENA _____          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/>          CEGUERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES VISUALES: FOTOFOBIA <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> ESTIMOTISMO <input type="checkbox"/>          NEURPIA <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/></p> <p>- AUDICION _____          BUENA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          SORDERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES AUDITIVAS: _____</p> <p><b>MESES DE SUEÑO</b></p> <p>- HORAS DE SUEÑO NOCTURNO: _____          - SIESTA: _____          - MODIFICACIONES DEL SUEÑO (insomnio, tussosi): _____</p> <p><b>HABITOS (especificar cantidad)</b></p> <p>● CAFE _____          ● TE _____          ● ALCOHOL _____          ● TABACO _____          ● OTROS _____</p>
--	---	---	---

<p><b>ESTADO PSICOLÓGICO</b></p> <p>- FRECUENCIA _____          - LOCALIZACIÓN _____          - DURACION _____          - TIPO (continuo, punzante, irradiante, etc.) _____          - MEDICACION ANTIÁLGICA _____          - OBSERVACIONES _____</p> <p><b>SENTIDOS</b></p> <p>- VISION _____          BUENA _____          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/>          CEGUERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES VISUALES: FOTOFOBIA <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> ESTIMOTISMO <input type="checkbox"/>          NEURPIA <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/></p> <p>- AUDICION _____          BUENA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          SORDERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES AUDITIVAS: _____</p> <p><b>MESES DE SUEÑO</b></p> <p>- HORAS DE SUEÑO NOCTURNO: _____          - SIESTA: _____          - MODIFICACIONES DEL SUEÑO (insomnio, tussosi): _____</p> <p><b>HABITOS (especificar cantidad)</b></p> <p>● CAFE _____          ● TE _____          ● ALCOHOL _____          ● TABACO _____          ● OTROS _____</p>	<p><b>ESTADO PERSONAL</b></p> <p>- ASPECTO QUE OFRECE SU HIGIENE _____          - Optimo <input type="checkbox"/>          - Deficiente <input type="checkbox"/></p> <p>- BAÑO (patron habitual, tipo, frecuencia) _____</p> <p>- CUIDADOS DEL PIEL _____</p> <p>- CUIDADOS DE LAS UÑAS _____</p> <p>- CUIDADOS DE LA PIEL _____</p> <p>- PRESENCIA DE: Concusiones <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Escaras <input type="checkbox"/>          Pálidos <input type="checkbox"/> Empequeñamiento <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/></p> <p>- HIGIENE DE LA ZONA DEL ACCESO VASULAR: _____</p>	<p><b>ESTADO FISIOLÓGICA</b></p> <p>RESPIRACION: <input type="checkbox"/> NORMAL F.R. _____  <input type="checkbox"/> PATOLÓGICA F.R. _____          ▶ TIPO ALTERACION: _____</p> <p>CIRCULACION: <input type="checkbox"/> NORMAL F.C. _____  <input type="checkbox"/> DEFICIENTE F.C. _____          ▶ TIPO ALTERACION: _____</p> <p><b>ESTADO MENTAL</b></p> <p>NIVEL DE CONCIENCIA: _____          Consciente <input type="checkbox"/> Somnolento <input type="checkbox"/> "torpe" <input type="checkbox"/>          Comatoso <input type="checkbox"/></p> <p>Paleta de atencion <input type="checkbox"/> Contuso <input type="checkbox"/>          Orientacion: (tiempo, lugar y persona) _____</p> <p><b>ESTADO DE ALIMENTACION</b></p> <p>- GANANCIA DE PESO MEDIO INTERDIALISIS: _____          - PRESENCIA DE EDMAS PRE-NO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>          - CONTROL POR EL PACIENTE DE SU INGESTA LÍQUIDA (cualitativa y cuantitativamente)</p>	<p><b>ESTADO PSICOLÓGICO</b></p> <p>- FRECUENCIA _____          - LOCALIZACIÓN _____          - DURACION _____          - TIPO (continuo, punzante, irradiante, etc.) _____          - MEDICACION ANTIÁLGICA _____          - OBSERVACIONES _____</p> <p><b>SENTIDOS</b></p> <p>- VISION _____          BUENA _____          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> BUENA <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/>          CEGUERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES VISUALES: FOTOFOBIA <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> ESTIMOTISMO <input type="checkbox"/>          NEURPIA <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/></p> <p>- AUDICION _____          BUENA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          DEFICIENTE <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/>          SORDERA <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/> O.I. <input type="checkbox"/></p> <p>- ALTERACIONES AUDITIVAS: _____</p> <p><b>MESES DE SUEÑO</b></p> <p>- HORAS DE SUEÑO NOCTURNO: _____          - SIESTA: _____          - MODIFICACIONES DEL SUEÑO (insomnio, tussosi): _____</p> <p><b>HABITOS (especificar cantidad)</b></p> <p>● CAFE _____          ● TE _____          ● ALCOHOL _____          ● TABACO _____          ● OTROS _____</p>
---	---	--	---





<b>HISTORIA DE ENFERMERIA</b>		FECHA:
APELLIDOS:  NOMBRE:  D.N.I.:	Nº HISTORIA: ----- Nº I.C.S.: ----- Nº HISTORIA H.C.P.: ----- Nº HISTORIA GENERALITAT: ----- Nº E.D.T.A.: -----	
DOMICILIO: POBLACION: SEGUNDO DOMICILIO: POBLACION: CONDICION ECONOMICA: CENTRO SANITARIO DE PROCEDENCIA: FECHA DE NACIMIENTO:	TELF.:  TELF.:  LUGAR:	
LOCALIZACION/PERSONA DE REFERENCIA:		
VALORES BIOLÓGICOS:  - PESO:  - TALLA:  - T.A.:  - F.C.:  - F.R.:	ARBOL FAMILIAR ( <input type="checkbox"/> VARON; <input type="checkbox"/> OMBRA; <input type="checkbox"/> INTERESADO; <input type="checkbox"/> AFECTADO; <input type="checkbox"/> MUERTO )	
GRUPO SANGUINEO:  RH:  AG. AU.:  AC. SIDA:		
<u>ALERGIAS</u>      		

<p><u>LISTA DE ESPERA TRANSPLANTE RENAL:</u></p> <p>Excluido por: Incluido desde: Incluido desde: Pero pendientes pruebas clínicas Incluido en lista urgente desde: Observaciones:</p>
<p><u>TRANSFUSIONES:</u></p> <p>FRECUENCIA: TIPO PRODUCTO HEMATICO: UTILIZACION FILTRO ESPECIAL: REACCION TRANSFUSIONAL:</p>
<p><u>ANTECEDENTES CLINICOS FAMILIARES:</u></p>
<p><u>ANTECEDENTES CLINICOS PERSONALES (Antes IRC)</u></p>

ENFERMEDAD RENAL:

DIAGNOSTICO RENAL:

INICIO PROGRAMA HD.                      CENTRO

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

EVOLUCION/ENFERMEDADES ASOCIADAS:

Empty space for clinical evolution and associated diseases.

ESTADO FISIOLÓGICA

RESPIRACION:  NORMAL F.R.  
 PATOLÓGICA F.R.  
▶ TIPO ALTERACION:

CIRCULACION:  NORMAL F.C.  
 DEFICIENTE F.C.  
▶ TIPO ALTERACION:

ESTADO MENTAL

NIVEL DE CONCIENCIA:  
Consciente  Somnoliento  "torpe"   
Falta de atención  Confuso  Comatoso   
ORIENTACION: (Tiempo, lugar y persona)

ESTADO DE HIDRATACION

- GANANCIA DE PESO MEDIO INTRADIALISIS:  
- PRESENCIA DE EDMAS PRE-HD: SI  NO   
- CONTROL POR EL PACIENTE DE SU INGESTA LIQUIDA  
(cualitativa y cuantitativamente)

EXCRECION

- DIURESIS (24 horas) FRECUENCIA  
ASPECTO  
- SUDORACION:  
- DEFECCACION:  
- FRECUENCIA: CONSTENCIA  
- MEDICACION QUE REQUIERE:  
- HABITOS  
DISFUNCIONES { ESTREÑIMIENTO   
DIARREA   
INCONTINENCIA   
URGENCIA

ESTADO NUTRICIONAL

- PESO  
El peso en relación a su talla es: 

{	- correcto <input type="checkbox"/>
	- deficiente <input type="checkbox"/>
	- excesivo <input type="checkbox"/>
  
- DIETA:  
Tipo y características de la dieta que hace el paciente:  
equilibrada, desaconsejable, apetencias, desapetencias,  
frecuencia de ingesta.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- INTOLERANCIAS/ALERGIAS:
  
  
- ESTADO BUCAL:  
Problemas de masticación; estado y cantidad de piezas  
dentarias (prótesis etc.)  
Higiene: bucal (frecuencia, modo)

HIGIENE PERSONAL

- ASPECTO QUE OFRECE SU HIGIENE 

{	- Óptimo <input type="checkbox"/>
	- Deficiente <input type="checkbox"/>
  
- BAÑO (patrón habitual, tipo, frecuencia)
  
- CUIDADOS DEL PELO
  
- CUIDADOS DE LAS UÑAS
  
- CUIDADOS DE LA PIEL
  
- PRESENCIA DE: Contusiones  Erupciones  Ulceras  Edemas   
Palidez  Enrojecimiento  Sequedad
  
- HIGIENE DE LA ZONA DEL ACCESO VASCULAR:

<u>DOLOR</u> - FRECUENCIA - LOCALIZACION - DURACION - TIPO (continuo, punzante, irradiante, etc.) - MEDICACION ANTIALGICA - OBSERVACIONES	
<u>SENTIDOS</u> - VISION { BUENA 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> DEFICIENTE 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> UTILIZA { LENTES CONTACTO <input type="checkbox"/> GAFAS <input type="checkbox"/> CEGUERA 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> PROTESIS <input type="checkbox"/> - ALTERACIONES VISUALES: FOTOBOMBIA <input type="checkbox"/> ESTRABISMO <input type="checkbox"/> ESTIGMATISMO <input type="checkbox"/> MIOPIA <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> - AUDICION { BUENA 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> DEFICIENTE 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> APARATO AUXILIAR { 0.D. <input type="checkbox"/> SORDERA 0.D. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> 0.I. <input type="checkbox"/> - ALTERACIONES AUDITIVAS:	
<u>REPOSO/SUEÑO</u> - HORAS DE SUEÑO NOCTURNO: - SIESTA: - MODIFICACIONES DEL SUEÑO (insomnio, sustos):	
<u>HABITOS ( especificar cantidad )</u> ● CAFE _____ ● TE _____ ● ALCOHOL _____ ● TABACO _____ ● OTRAS _____	

EJERCICIO/MOVILIDAD

- LIMITACIONES PARA EL EJERCICIO/MOVILIDAD:
  - FRACIURAS ANTERIORES
  - ANEMIA
  - OTRAS
  - PROBLEMAS OSEOS
- FUENTE HABITUAL DE EJERCICIO:
  
- ACTIVIDAD/SEDENTARISMO:
  
- ALINEACIÓN CORPORAL { A LA MARCHA  
                                  A LA CAMA
- AJUSTE PARA LA MOVILIDAD (muletas, bastón)
- TRANSPORTE(DOMICILIO/CENTRO/HOSPITAL)

ESTADO EMOCIONAL

- REACCIONES EMOCIONALES
  
- ESTADO DE ANIMO
  
- PRESENCIA O NO DE ANSIEDAD
  
- DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD (agresión, depresión, fantasías, identificación, racionalización, regresión, subordinación).
- IMAGEN CORPORAL (afectación de su enfermedad en su auto-concepción; aceptación de su enfermedad; adaptación de su auto-concepto a la realidad de las demandas).
- CAPACIDAD PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS (con la familia, con los otros pacientes, con los miembros del equipo de salud).

<u>CAPACIDAD INTELECTUAL</u>	
● <u>NIVEL DE EDUCACION (estudios)</u>	
● <u>CAPACIDAD PARA RECORDAR SUCESOS</u>	
● <u>NIVEL DE ATENCION</u>	
● <u>NIVEL DE VOCABULARIO</u>	- Técnicas/Complejas - No técnicas/Sencillas
● <u>CAPACIDAD PARA COMPRENDER IDEAS</u> (lento, rápido)	
● <u>CAPACIDAD PARA COMPRENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD</u>	
• a) Conocimiento de la enfermedad	
• b) Actitud	
• c) Nivel de colaboración	
• d) Aprendizaje	
• e) Conocimiento de la técnica de hemodiálisis	

ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS

● NIVEL DE EDUCACION (estudios realizados)

● OCUPACION ACTUAL:

- a) Horas y turno por semana
- b) ¿te gusta su trabajo?
- c) ¿Cómo es su trabajo? (regular, satisfactorio, peligroso)

● HABITOS RECREATIVOS:

Utilización del tiempo libre: deportes, aficiones, lectura, televisión, etc.. ¿Tiene imposibilidad de realizar actividades que hacía antes de su enfermedad?

● IDIOMA:

● RELIGION:

● POSICION EN LA FAMILIA Y EN LA COMUNIDAD: (relaciones afectivas, tipo de alojamiento, etc.).

● RECURSOS ECONOMICOS: (suficientes/insuficientes)

● CREATIVIDAD:

● ¿HABLA DE HECHOS SIMPLES O COMPLEJOS? :

# ACCESO VASCULAR

NOMBRE .....  
NºHISTORIA ..... NºHOJA .....

TIPO ACCESO VASCULAR:

- PERMANENTE (fecha)

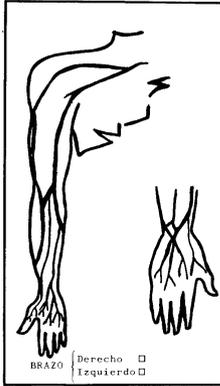
- TRANSITORIO (fecha)

LOCALIZACION:

TECNICA DE PUNCION (material y métodos)

CUIDADOS/AUTOCUIDADOS

PROBLEMAS Y/O COMPLICACIONES



FLUJO MEDIO DE SANGRE UTILIZADO:

HEPARINIZACION: SUERO: INICIO: CONT.:

HEMOSTASIA:

EVOLUCION:



**CURSO DE H.D. -1-**

NOMBRE -----  
NºHISTORIA ----- NºHOJA -----

ASPECTOS CLINICOS

MODELO DE ACTUACION: ES CONSULTA AL PACIENTE   
SE ACTUA INDEPENDIENTEMENTE   
SE ACTUA SEGUN "ACUERDO" PACIENTE/ENFER.   
CONTROL DE PESO { ENFERMO FIABLE: SI  NO   
                          ENFERMERIA   
SE PREOCUPA PARA SALIR DE LA HD CON SU PESO TEORICO: SI  NO

ACTUACION DELANTE CALAMBRES:

ORDEN DE MODELO A SEGUIR: 1-2-3-4  
. AD. DE HIPERTONICO  CANTIDAD . . . . .  
. AD. DE SUERO FISIOLOG.  CANTIDAD . . . . .  
. AD. DE GLUCOSMON  CANTIDAD . . . . .  
. MEDIOS FISICOS  CUALES: . . . . .

ACTUACION DELANTE HIPOTENSION:

ORDEN DE MODELO A SEGUIR: 1-2-3  
. AD. SUERO FISIOLOGICO  CANTIDAD . . . . .  
. AD. HEMOCE  CANTIDAD . . . . .  
. AD. HIPERTONICO  CANTIDAD . . . . .

PRESENCIA DE DOLOR DE CABEZA:

OCASIONALMENTE  ACTUACION  
HABITUALMENTE  ACTUACION

SOLICITA MEDICACION CON FRECUENCIA:

SI  . . . . .  
NO  . . . . .  
TIPO DE MEDICACION SOLICITADA: . . . . .  
MEDICACION ADMINISTRADA: . . . . .

**CURSO  
DE H.D.-2-**

NOMBRE -----  
N°HISTORIA -----N°HOJA -----

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE LA HEMODIALISIS

- EL PACIENTE PASA LAS HD CONFORTABLES SI  NO
- ACTIVIDAD QUE ACOSTUMBRA A HACER DURANTE LAS SESIONES DE HD:
  - DUERME  MIRA LA TELEVISION
  - LEE  ESCUCHA LA RADIO
  - SENCILLAMENTE "ESTA PRESENTE"
  - OTROS
- EL PACIENTE ES COMUNICATIVO CON LOS OTROS PACIENTES SI  NO
- FAVORECE EL ENTORNO LA COMUNICACION SI  NO
- EL PACIENTE ES COMUNICATIVO CON EL PERSONAL SI  NO
- ES COLABORADOR SI  NO
- NIVEL DE COLABORACION:
  - SI NO A VECES
  - AVISA ANTE ANOMALIAS
  - CONTROLA LA MAQUINA
  - PARTICIPA ACTIVAMENTE
- ACTITUD DURANTE LA HD.: INDIFERENTE  PREOCUPACION

OBSERVACIONES:



**CURSO DE  
ENFERMERIA**

NOMBRE -----
Nº HISTORIA -----NºHOJA -----

FECHA	



**CUIDADOS DE ENFERMERIA**

NOMBRE .....  
APellidos .....  
NÚMERO .....

FECHA	PROBLEMA	OBJETIVO	ACCION	EVALUACION

