

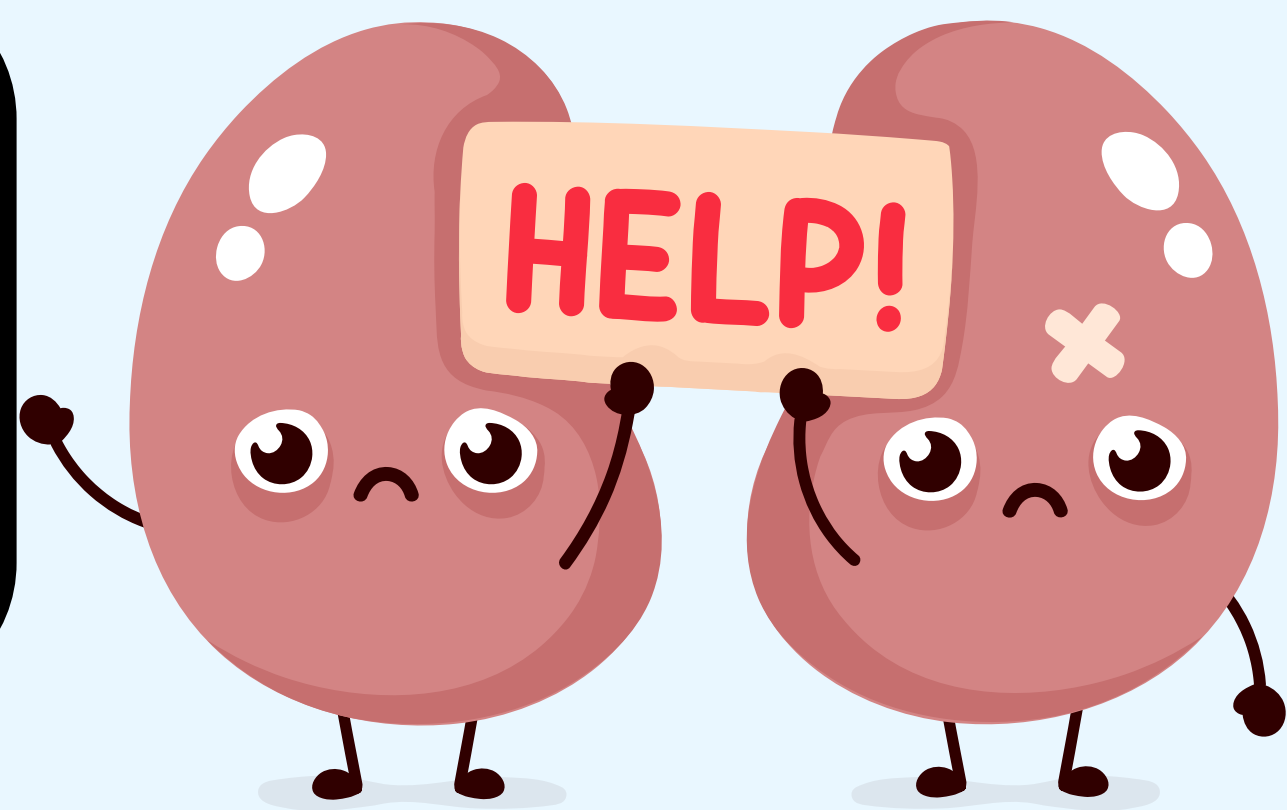
CADERNETA DE SAÚDE



DIÁLISE PERITONEAL



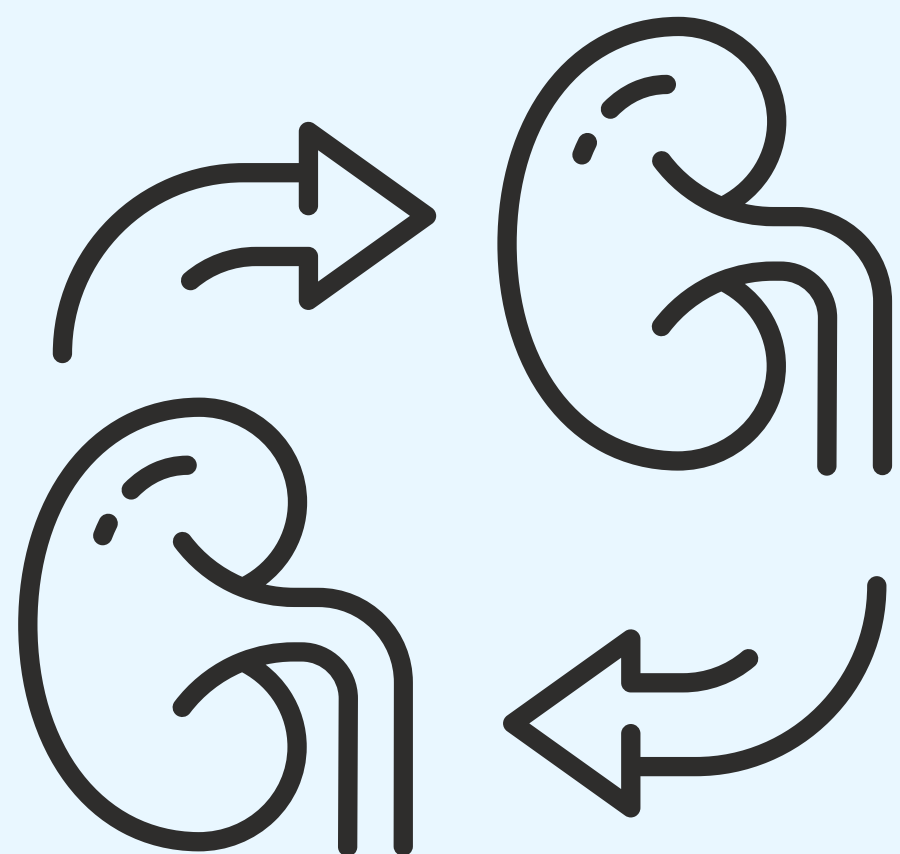
O que é Doença Renal Crônica (DRC)?



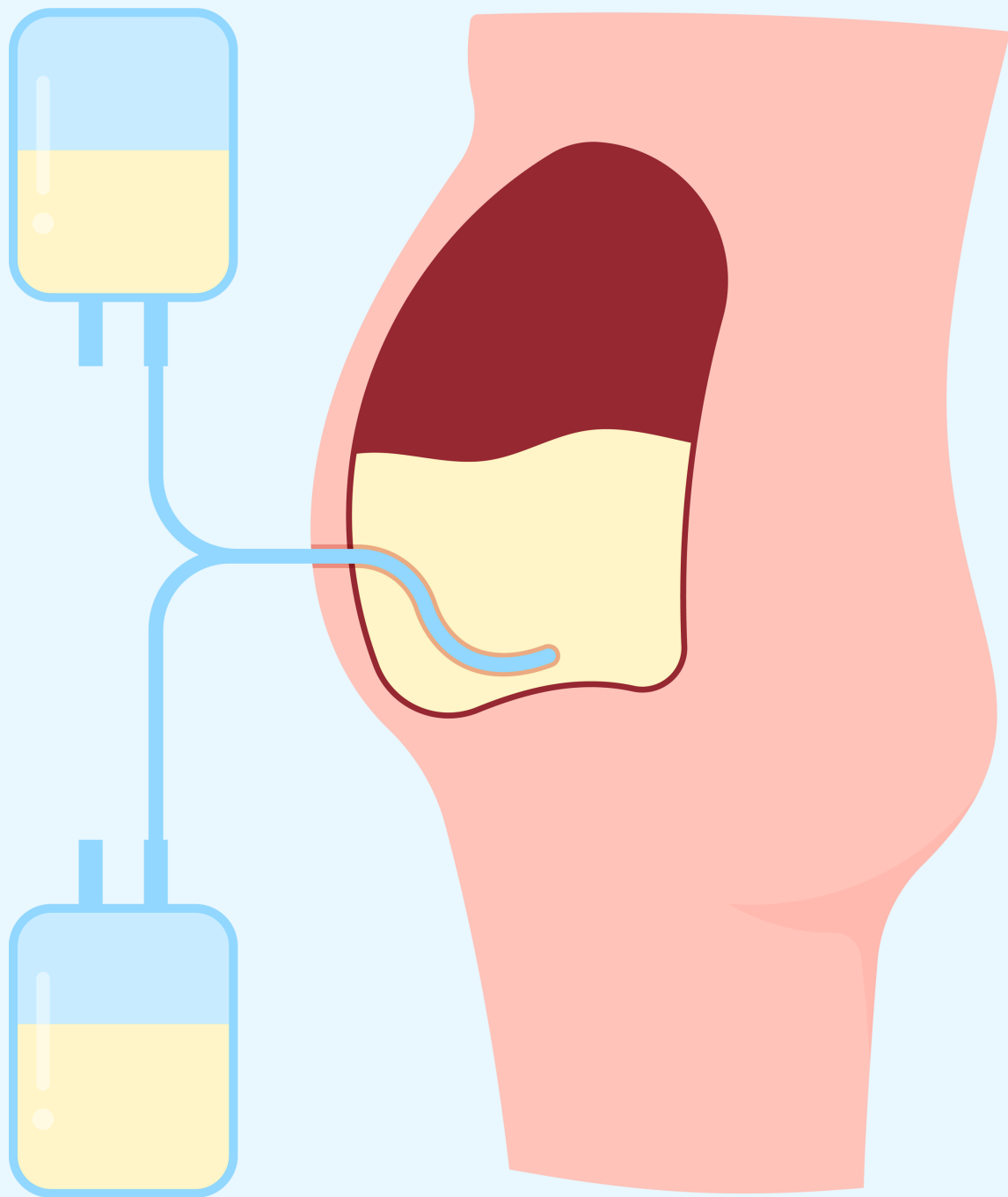
É uma doença crônica, irreversível e progressiva. Consiste na incapacidade dos rins em filtrar e eliminar substâncias tóxicas, devido a destruição dos néfrons, o que pode levar à necessidade de realizar um tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS):



Hemodiálise -> terapia em que o sangue é retirado por meio de um acesso vascular, filtrado através de uma máquina e posteriormente devolvido ao corpo.



Transplante Renal -> cirurgia em que é recebido um rim saudável de um doador (vivo ou falecido), substituindo o funcionamento dos rins que não estão mais funcionando bem.



Diálise Peritoneal -> tratamento que utiliza o peritônio (membrana que reveste o abdômen) como filtro natural, na qual uma solução é introduzida no abdômen por meio de um cateter, onde ela absorve as toxinas e o excesso de líquidos do sangue e após algum tempo é drenada. Essa terapia pode ser realizada em casa, oferecendo maior autonomia ao paciente.

TIPOS DE DIÁLISE PERITONEAL:

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD/DPAC): o paciente faz o tratamento manualmente, introduzindo a solução estéril, respeitando o tempo de permanência e drenando em seguida, respeitando o sistema fechado. Esse processo pode ser realizado várias vezes ao dia.

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): é realizada com o auxílio de uma máquina cicladora que automaticamente programa os ciclos para introdução, permanência e drenagem da solução estéril, de acordo com a programação prescrita.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ SES: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____ Nº: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Contato: (___) _____ Contato de emergência: (___) _____

Estado civil: _____ Raça/cor: _____

Grau de escolaridade: _____ Profissão: _____

RG: _____ CPF: _____ CNS: _____

DADOS CLÍNICOS

Causa da DRC: _____

Peso seco: _____

Comorbidades: ()DM ()HAS ()DPOC ()Obesidade ()IC

()Outra(s), qual(is)? _____

Alergia(s)? ()Sim, qual(is)? _____ ()Não

Medicações em uso: _____

Hábitos de vida: ()Fumante ()Etilista ()Uso de drogas ilícitas ()NA

Possui uma alimentação balanceada? ()Sim ()Não

O intestino funciona regularmente? ()Sim ()Não

Ingesta diária de líquidos: _____

Diurese residual: _____

Cartão de vacina: () atualizado

() necessário atualizar, qual(is)? _____

Data de início do tratamento: ___/___/___

Data do 1º implante de Tenckhoff: ___/___/___ Local: _____

Reimplante:

- Data: ___/___/___
- Motivo: _____
- Local: _____

Cuidadores treinados e aptos:

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Contato: (__) _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Contato: (__) _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Contato: (__) _____

Prescrição:

Data: ___/___/___

Concentração: () 1,5% quant. ___ () 2,5% quant. ___ () 4,25% quant. ___

Volume total: _____ ml

Volume de infusão: _____ ml

Nº de Ciclos: _____

Tempo de terapia: ___ horas

Médico responsável: _____

PET - TESTE DE EQUILÍBRIO PERITONEAL

Data:	--/--/--	--/--/--	--/--/--	--/--/--	--/--/--
Resultado Creatinina					
Resultado Glicose					
Resultado UF					

TROCA DE EQUIPO 6 POLEGADAS

Data:	Motivo da troca:
--/--/--	
--/--/--	
--/--/--	
--/--/--	
--/--/--	

TROCA DE TITÂNIO

Data:	Motivo da troca:
--/--/--	
--/--/--	

CONTROLE DE INFECÇÃO



Data de início do tratamento:	--/--/--	--/--/--	--/--/--
Tipo de infecção			
Prescrição			
Nº de dias			
Aspecto do líquido			
Resultado da cultura			
Citologia			
Tratamento completo/incompleto			
Cultura pós peritonite			

INTERNAÇÕES

Data internação:	Local	Motivo	Data da alta:
--/--/--			--/--/--
--/--/--			--/--/--
--/--/--			--/--/--
--/--/--			--/--/--

CONSULTAS/PROCEDIMENTOS

Data:	Hora:	Profissional
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		

CONSULTAS/PROCEDIMENTOS

Data:	Hora:	Profissional
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		
--/--/--		

TRIAGEM

Data:	PA	FC	Peso	Óstio
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				

TRIAGEM

Data:	PA	FC	Peso	Óstio
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				

SOROLOGIAS

Data:	HIV	HCV	HBsAg	AntiHBs
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				
--/--/--				

CONTROLE DE EQUIPAMENTOS

1ª MÁQUINA

Tipo de máquina: () Homechoice () Claria

Nº de série: _____

Data de entrega: ___/___/___

Profissional que programou prescrição: _____

Profissional que dispensou a máquina: _____

Defeitos do equipamento: _____

MÁQUINA EMPRESTADA

Motivo: _____

Tipo de máquina: () Homechoice () Claria

Nº de série: _____

Data de entrega: ___/___/___

Profissional que programou prescrição: _____

Profissional que dispensou a máquina: _____

Data da devolução: ___/___/___

Defeitos do equipamento: _____

TROCA DE MÁQUINA

Motivo: _____

Tipo de máquina: () Homechoice () Claria

Nº de série: _____

Data de entrega: ___/___/___

Profissional que programou prescrição: _____

Profissional que dispensou a máquina: _____

Defeitos do equipamento: _____



ORIENTAÇÕES IMPORTANTES



Intercorrências não relacionadas a diálise peritoneal devem ser tratadas na UPA ou Pronto Socorro do hospital mais próximo.



O que são consideradas urgências dialíticas?

- Sinais de infecção no peritônio/saída do cateter como: dor, mudança na cor do líquido, febre ou secreção no óstio;
- Rompimento do Equipo 6 polegadas (vazamento por furo ou desconexão);
- Alarmes frequentes na máquina.



Quais são os alarmes mais comuns e o que fazer?

 Baixo Volume Drenado (ocorre devido a posição do cateter):

- Mudar de posição;
- Verificar se a linha não está presa em algum lugar;
- Pode ocorrer se o intestino não estiver funcionando bem;
- Pressionar "STOP" e depois "GO" para retornar a terapia.



Verificar Linhas (que estão conectadas a bolsa e ao equipo cassete):

- Se for no início, antes do preenchimento de linhas, todo o sistema precisa ser desprezado e deve-se montar um novo sistema;
- Se a mensagem aparecer ao final da terapia e as bolsas estiverem vazias, será necessário forçar o término da terapia.
 - Como finalizar a terapia (em caso de falta de líquido nas bolsas):
 1. Desligar a máquina no interruptor e religar em seguida;
 2. Aparecerá no visor "Energia Restabelecida";
 3. Pressionar "STOP" e depois "GO" (a máquina seguirá de onde parou);
 4. Pressionar "STOP" novamente;
 5. Pressionar a seta para baixo até aparecer "Termine a Terapia";
 6. Confirmar no botão redondo azul.

↓ Baixa UF (não está sendo retirado líquido suficiente):

- Geralmente não está relacionado a posição, pode ocorrer por fibrina no cateter;
- Pressionar STOP e depois GO para retornar a terapia;
- Informar à equipe para avaliação na unidade, se necessário.

✗ Erros no sistema:

- Podem ocorrer quando um alarme simples não foi corrigido, a máquina entra em erro e por segurança trava o sistema;
- Pode ocorrer por defeitos na máquina;

Em ambos os casos, informar a equipe que orientará a resolução do alarme ou se será necessário mandar o equipamento para a assistência.

Elaborado por:

Andressa Lohanna Barbosa da Silva - Enfermeira da Diálise Peritoneal do HRT

Danyelle Marques Brilhante - Residente de Enfermagem em Nefrologia (FEPECS)

Karine Cardoso Lemos - Enfermeira da Diálise Peritoneal do HRT

Ludmilla Almeida de Castro - Técnica de Enfermagem da Diálise Peritoneal do HRT

Revisado por:

Equipe de Enfermagem da Diálise Peritoneal do Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Secretaria
de Saúde

