



Resolución Directoral

Lima, 01 de Octubre de 2025

VISTO:

El expediente administrativo Registro N° 18518-2025, que contiene, entre otros, el Informe N° 00003-2025-HNDM, de fecha 28 de abril de 2025, del Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular; y, el Informe N° 011-2025-P-CIHC-HNDM, de fecha 15 de setiembre de 2025, por los cuales se recomienda la aprobación del Proyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa".

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene como objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, de fecha 14 de mayo de 2015, se aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el Documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3. del citado Documento Normativo define la Guía Técnica como: "El documento normativo del Ministerio de Salud con el que se define por escrito y de manera detallada el



desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades y al desarrollo de una buena práctica”;

Que, conforme al numeral 4.2.12 del numeral 4.2 del numeral IV de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, es función del Comité Institucional de Historias Clínicas: “Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica”;

Que, siguiendo el literal e) del artículo 57° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, de fecha 7 de octubre de 2008, se asigna como competencia y función del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Nacional “Dos de Mayo” lo siguiente: “Proponer, ejecutar y evaluar las guías y procedimientos de atención médico-quirúrgicos de la especialidad, así como del cuidado crítico cardiovascular especializado, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.”;

Que, el proyecto de Guía Técnica: “Guía de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa”, tiene como objetivo general mejorar la calidad de vida del paciente con patología aorta abdominal, mediante pautas y procedimientos estándares a seguir, con el fin de unificar estrategias, procedimientos y planes de trabajo que resulten beneficiosos en el paciente a ser tratado;

Que, mediante Informe N° 00003-2025-HNDM, de fecha 28 de abril de 2025, el Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, ha emitido el informe técnico sustentatorio para que se apruebe la Guía Técnica: “Guía de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa”;

Que, mediante Memorándum N° 298-2025-HNDM/OGC, de fecha 16 de junio de 2025, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha emitido su opinión favorable respecto a la aprobación de la mencionada guía técnica;

Que, con Acta N° 021-2025-CICH-HNDM, el Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, con fecha 2 de setiembre de 2025, luego de la deliberación y evaluación de los expedientes respectivos, ha emitido su opinión favorable para que se apruebe el Formato de Consentimiento Informado de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa;

Que, mediante Informe N° 011-2025-P-CIHC-HNDM, de fecha 15 de setiembre de 2025, la presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas, ratifica el acuerdo manifestado por su Comité





Resolución Directoral

Lima, 01 de Octubre de 2025

mediante Acta N° 021-2025-CICH-HNDM y concluye que se debe aprobar, vía acto resolutivo, el Formato de Consentimiento Informado de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa;

Con la visación del Director Adjunto de la Dirección General, del Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", y la Resolución Ministerial N° 886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar la **GUÍA TÉCNICA: "GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA"**, del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que consta de nueve (9) numerales y cuatro (4) anexos, haciendo un total de veintiún (21) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°. - Disponer que, la Jefatura del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular difunda y supervise el cabal cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°. – **APROBAR** el formato denominado:

- Formato de Consentimiento Informado de Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa

El mismo que en un total de tres (3) fojas forma parte integrante de la presente resolución y de la historia clínica.

Artículo 4°. – Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática realice la impresión y distribución del formato aprobado a través del artículo tercero de la presente resolución.

Artículo 5°. – Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática convierta el formato aprobado en el artículo tercero de la presente resolución, en el formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.



Artículo 6°. - Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,



- VRGP/JEVT/bjao
C.C.
- Dirección General
 - Dirección Adjunta
 - Oficina de Control Institucional
 - Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular
 - Oficina de Gestión de la Calidad
 - Comité Institucional de Historias Clínicas
 - Oficina de Asesoría Jurídica
 - Oficina de Estadística e Informática
 - Archivo.



HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

GUIA TECNICA: GUIA DE PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN DE FISTULA ARTERIOVENOSA

**Departamento de
Cirugía de Tórax y Cardiovascular**

2025



DR. VÍCTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
Director General Hospital Nacional Dos De Mayo

Ing. EDUARDO LUIS CERRO OLIVARES
Director Ejecutivo de Administración Hospital Nacional Dos de Mayo

DRA. GLICERIA LAVADO DE LA FLOR
Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

DR. JULIO ERNESTO PERALTA RODRIGUEZ
Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR

DIRECTIVO

Peralta Rodríguez Julio Ernesto

Jefe Departamento Cirugía Torax y Cardiovascular

Quiquin Janampa Máximo

Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Horna Briones Wilder Alexander

Jefe del Servicio de Cuidados Postoperatorios

MÉDICOS EJECUTORES

Peralta Rodríguez Julio Ernesto

Jefe Departamento Cirugía Tórax y Cardiovascular

Quiquin Janampa Máximo

Jefe del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Horna Briones Wilder Alexander

Jefe del Servicio de Cuidados Postoperatorios



EQUIPO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

Matías León Luis Enrique

Médico especialista en Cirugía Tórax y Cardiovascular

Ricse Castro Sergio Charles

Médico especialista en Cirugía Tórax y Cardiovascular

Brito Hajar Juan Anthony

Médico especialista en Cirugía Tórax y Cardiovascular

Coaguila Charres Andre

Médico especialista en Cirugía Tórax y Cardiovascular



INDICE

	PÁG.
I. FINALIDAD.....	1
II. OBJETIVOS	1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	1
IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	2
V. CONSIDERACIONES GENERALES	2
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.....	5
VII. RECOMENDACIONES	9
VIII. ANEXOS.....	9
IX. BIBLIOGRAFIA.....	16



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE CREACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.¹ Esta guía pone a disposición del personal las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales; y de esta manera favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.

Contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad de vida del paciente con patología de aorta abdominal, mediante pautas y procedimientos estándares a seguir, con el fin de unificar estrategias, procedimientos y planes de trabajo que resulten beneficiosa en el paciente a ser tratado

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los requerimientos básicos para el adecuado desarrollo del tratamiento de la patología de aorta abdominal en el ámbito del manejo quirúrgico
- Contribuir a disminuir complicaciones y eventos adversos derivados de la atención de salud en los pacientes sometidos a cirugía abierta en patología aneurismática u oclusiva de la aorta abdominal
- Estandarizar/sistematizar y uniformizar el procedimiento de aortoplastia en aorta abdominal, así como establecer las indicaciones y contraindicaciones de este procedimiento
- Establecer un procedimiento estandarizado para el tratamiento quirúrgico/procedimiento diagnóstico la aorta abdominal entre los médicos/profesionales de la especialidad de cirugía de tórax y cardiovascular

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía de Procedimiento: FÍSTULA ARTERIOVENOSA, tiene como ámbito de aplicación en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo, establecimiento de salud del Ministerio de Salud, categoría III-1. Adicionalmente puede aplicarse en establecimientos de salud de igual o menor complejidad que brinden atención al paciente con enfermedad renal crónica (ERC) terminal y cuenten con los recursos necesarios para realizar el procedimiento.



POBLACIÓN OBJETIVO:

La guía está dirigida a los cirujanos cardiovasculares, que laboran en el departamento de cirugía de tórax y cardiovascular del Hospital Nacional Dos de Mayo, pudiendo servir de consulta a otros profesionales de salud que lo requieran del equipo de atención multidisciplinario, para tratar a todo paciente con enfermedad renal crónica terminal que necesite terapia de reemplazo renal.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**4.1. NOMBRE: Procedimiento de Creación de Fístula Arteriovenosa****4.2. CODIGO CPMS-R.M. 550-2023/MINSA:**

- Código 36821
Denominación: Anastomosis arteriovenosa abierta directa en cualquier sitio (por ejemplo, procedimiento de Cimino) (procedimiento separado)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La enfermedad renal crónica terminal es un grave problema de salud pública que genera múltiples complicaciones en los pacientes como uremia, enfermedad cardiovascular y muerte prematura.⁶ La Organización Panamericana de Salud (OPS) estima una prevalencia de 700 pacientes por millón de habitantes para el 2019.⁷

En el Perú, se estima según la encuesta NHANES (2016) reporta una prevalencia de ERC en 13.2% y una prevalencia de ERC en terminal en diálisis en 0.1%.⁸ Según el estudio Francis 2011, el promedio de edad de pacientes con ERC es 54.9 años sin predominio por la edad, la prevalencia de ERC es de 16.8% siendo los factores más relacionados la edad avanzada, sexo femenino, diabetes, hipertensión.⁵

5.1. ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ERC: Enfermedad Renal Crónica
OPS: Organización Panamericana de Salud
NHANES: "National Health And Nutrition Examination Survey"
TFG: Tasa de Filtración Glomerular
SOP: Sala de Operaciones
URPA: Unidad de Recuperación Post-Anestésica
FAV: Fístula Arteriovenosa
PA: Presión Arterial

5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.

Enfermedad renal crónica: Es la disminución de la función renal expresada por la disminución de la TFG 60ml/min/1.73m²SC por más de 3 meses manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal. Situación clínica derivada de la pérdida de la función renal permanente y con carácter progresivo secundario a múltiples etiologías de carácter congénito o adquirido.⁸ La causa más frecuente de Enfermedad Renal Crónica Terminal es la Nefropatía Diabética (40%), Nefroangiosclerosis (25%), Glomerulonefritis (21%) y Nefritis Tubulointersticiales (8%).⁴



Maduración de fistula A-V: Se recomienda esperar como mínimo 6 semanas para empezar a utilizar fistula.

5.3. CONCEPTOS BÁSICOS

Definición de fistula A-V: Establecimiento de una Comunicación entre una Arteria y una Vena.

5.4. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.4.1. RECURSOS HUMANOS

- Un (01) Cirujano cardiovascular
- Un (01) Enfermera.
- Un (01) Médico Anestesiólogo.

5.4.2. RECURSOS MATERIALES

a) Material médico no fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Mandilón de bramante crudo manga larga unisex	Unid.	1
Bata de bramante manga corta unisex	Unid.	1
Sábana de bramante c/crudo	Unid.	1
Campo de bramante c/verde clínico 0.90 x 0.90 m	Unid.	1
Funda de bramante para mesa de mayo de 1.85 m x 1.50 m color verde clínico	Unid.	1

b) Material médico fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Gorro descartable del personal	Unid.	5
Mascarilla quirúrgica descartable	Unid.	5
Botas descartables para el personal	Unid.	5
Guantes estériles	Par	20



c) Medicamentos y Dispositivos Médicos

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Sutura de polipropileno 6/0 doble aguja	Unid.	8
Paquetes de gasas 10 x 10 cm x5	Paquete	20
Jeringa de 10 cc con aguja N° 21G	Unid.	5
Jeringa de 20 cc	Unid.	5
Lidocaina Frasco	Unid.	1
Frascos de iodopovidona solución	Unid.	2
Frascos de iodopovidona espuma	Unid.	2
Sonda de alimentación nro 5	Unid.	1
Seda negra 4/0 multiempaque	Unid.	1

d) Equipos

- **Instrumental:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Riñonera de acero quirúrgico tamaño mediano	Unid.	1
Placa neutra para electrocauterio	Unid.	1
Lavatorio de acero quirúrgico portátil redondo 36 cm X 8 cm	Unid.	1

5.4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- El consentimiento Informado para realizar el procedimiento de creación de fistula arteriovenosa debe ser firmado por el paciente, padre, madre o tutor legal del paciente por lo menos 24 horas previas a la realización del procedimiento, salvo situaciones de emergencia.
- El médico cirujano especialista en cirugía de tórax y cardiovascular y tratante/quien realiza el procedimiento, informa y explica en términos sencillos en que consiste la patología a tratar y el procedimiento quirúrgico que se le



realizará al paciente, así como los riesgos, beneficios y posibilidad de tratamiento alternativo, si lo hubiera.

- El tutor legal debe registrar su aprobación o negación, cumpliendo las normas vigentes, en el formato de Consentimiento Informado (Ver Anexo N° 02).
- Se exceptúa de este procedimiento en caso de pacientes en situación de emergencia, conforme a Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. INDICACIONES.

6.1.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Hemodialisis periodica

6.1.2. INDICACIONES

- Plasmaferesis
- Quimioterapia
- Nutricion Parenteral Continua

6.2. CONTRAINDICACIONES.

6.2.1. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Falla cardiaca secundaria a valvulopatía
- Shock séptico

6.2.2. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- Infección activa
- Obstrucción venosa central

6.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (ver cuadro)

6.3.1. REQUISITOS.

Historia clínica y examen clínico detallado. Indagar por alergias, especialmente a lidocaína y yodo

EXAMENES PREVIOS (válidos sólo por tres meses)

- Hemograma con diferencial
- Perfil de Coagulación



6.3.2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (Ver Anexos N° 01 y N° 03):

a) Previo al procedimiento:

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
1	<p>1° Actividad: Traslado y recepción del paciente al Centro Quirúrgico.</p> <p>-Enfermera circulante, recepciona al paciente y verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> *La identidad *Procedimiento médico a realizar *Zona quirúrgica a intervenir *Prueba COVID *Hojas de los consentimientos informados tanto de Cirugía y Anestesiología *Análisis completos de laboratorio *Riesgo quirúrgico y *Otros documentos 	Enfermera (Circulante)	5 min.
2	<p>2° Actividad: Preparación de enfermería.</p> <p>-Enfermera circulante, asiste al paciente para que vista: gorro, mascarilla y botas previo a su ingreso al quirófano. Montaje, encendido y verificación de la operatividad de los equipos biomédicos: monitor de funciones vitales, lámpara cialítica, verificación de temperatura y humedad del ambiente.</p> <p>-Enfermera instrumentista, recoge la caja de instrumental de la Central de Esterilización; medicamentos y dispositivos médicos de Farmacia de Centro Quirúrgico y material adicional de Almacén de Material Estéril. Lleva a cabo la preparación y vestimenta de las mesas de mayo y media luna para realizar el procedimiento quirúrgico.</p>	Enfermera (Circulante) Enfermera (Instrumentista)	5 min.
3	<p>3° Actividad: Traslado del paciente a la Sala de Operaciones (SOP) y plan de Anestesia / Asepsia y antisepsia.</p> <p>-Médico asistente, verifica que no falte ningún elemento antes del inicio de la operación.</p> <p>-Enfermera circulante, traslada al paciente, ubica a la mesa de operación y asiste al anestesiólogo en la monitorización y preparación del paciente para su inducción. Realiza el checklist de la 1era parte de Lista de verificación de cirugía segura.</p> <p>-Médico anestesiólogo, revisa la historia clínica, los datos de filiación, plan quirúrgico y procede a administrar la sedoanalgesia o anestesia general, según sea el caso.</p>	<p>Médico (Anestesiólogo) Enfermera</p> <p>Médico (Cirujano Principal -Tórax Cardiovascular)</p> <p>Médico (Anestesiólogo)</p>	<p>5 min.</p> <p>5 min.</p> <p>5 min.</p>



N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
3.	-Médico cirujano principal y asistente, ayudan a acomodar al paciente para el inicio del plan quirúrgico y proceden al lavado de manos clínico antes de la intervención. -Enfermera instrumentista, asiste en el vestido y colocación de guantes al cirujano y asistente.	Médico (Cirujano Asistente - Tórax Cardiovascular) Enfermera (Instrumentista)	5 min.
Tiempo aproximado:			30 min.

b) Durante el procedimiento:

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
4	4° Actividad: Inicio del plan quirúrgico y monitoreo	Médico (Cirujano Principal - Tórax Cardiovascular)	45 min.
	-Médico cirujano principal y asistente, aplican el antiséptico con ayuda de una pinza con gasa mojada de yodopovidona en la zona quirúrgica y colocan campos quirúrgicos. Inician la cirugía, inician la incisión, identifican estructuras vasculares, proceden a la anastomosis vascular.	Médico (Cirujano Asistente – Tórax y Cardiovascular)	
	-Médico anestesiólogo, monitorea rigurosamente las funciones vitales para evitar o corregir las alteraciones de la homeostasis inherente al acto anestésico quirúrgico.	Médico (Anestesiólogo)	
	-Enfermera instrumentista, facilita el instrumental y asiste a los cirujanos.	Enfermera (Instrumentista)	
	-Enfermera circulante, realiza el checklist de la 2da parte de Lista de verificación de cirugía segura antes de la incisión. Proporciona el material y equipo que se necesite durante el acto quirúrgico, considerando los principios de asepsia.	Enfermera (Circulante)	
5.	-Los médicos cirujanos, terminan con el cerrado de la operación y proceden en la culminación de la Cirugía.	Médico (Cirujano Asistente – Tórax y Cardiovascular)	15 min.
	-Enfermera instrumentista, una vez terminada la operación, realiza el recuento de material, gasas, compresas e instrumentos cuantas veces sea necesario con la enfermera circulante y al finalizar dicha actividad se le informará al circulante si el conteo es correcto o incorrecto.	Enfermera (Instrumentista)	10 min.
	-Enfermera circulante termina el checklist de Lista de verificación de cirugía segura.	Enfermera (Circulante)	5 min.



N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
6.	6° Actividad: Término de anestesia y llenado en la historia clínica	Médico (Anestesiólogo)	10 min.
	-Médico anestesiólogo, sigue monitoreando los signos vitales del paciente y lo preparan para el traslado a la URPA con la enfermera circulante.	Médico (Cirujano Principal – Tórax y Cardiovascular)	
	-Médico cirujano principal, llena en la historia clínica las indicaciones pertinentes.		
Tiempo aproximado :			1 hora y 25 min (85 min.)

c) Posterior al procedimiento:

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
7	7° Actividad: Traslado y recepción del paciente a URPA y limpieza del quirófano	Médico (Anestesiólogo)	15 min.
	-Médico anestesiólogo con los médicos cirujanos y enfermera circulante, trasladan al paciente a la URPA acompañado con Historia Clínica.	Médico (Cirujano Principal - Tórax y Cardiovascular)	
	-Enfermera instrumentista, entrega los instrumentales al Central de Esterilización.	Médico (Cirujano Asistente - Tórax y Cardiovascular)	
	-Enfermera circulante, realiza el desmontaje, limpieza y desinfección del Equipo Biomédico y mesa de operaciones. Ordena el quirófano para la siguiente cirugía.	Enfermera (Circulante)	
8	8° Actividad: Monitoreo de paciente a URPA/ Informe médico quirúrgico a familiar	Médico (Tórax y Cardiovascular) URPA	15 min.
	-Enfermería URPA toma funciones vitales y registra hallazgos en la hoja de control de enfermería de URPA.	Enfermera URPA	
		-Médico cirujano, brinda informe médico sobre el acto quirúrgico y resuelve las dudas del familiar. Asimismo, hace firmar "Hoja de Informe Médico a familiar" a familiar que recibe dicha información.	Médico Cirujano



N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACIÓN
9	Actividad: Alta médica a URPA, registro y asignación de Recursos	Médico (Tórax y Cardiovascular) URPA	15 min.
	-Médico cirujano, brinda informe médico sobre el acto quirúrgico y resuelve las dudas del familiar. Asimismo, hace firmar "Hoja de Informe Médico a familiar" a familiar que recibe dicha información.	Médico Cirujano	5 min.
	Alta con indicaciones médicas, registro y asignación de Recursos	Médico (Tórax y Cardiovascular)	15 min.
Tiempo aproximado			1 hora y 10 min
Tiempo aproximado Total:			3 horas 5 min

6.4. COMPLICACIONES

Complicaciones	Acciones que realizar
1. Hemorragia	Corrección de perfil de coagulación, si no cesa la hemorragia, reintervencion para revisar hemostasia. ⁸
2. Infección de Herida Operatoria	Terapia antibiótica amplia, previo cultivo de herida ⁹
3. Trombosis	Anticoagulación ¹⁰

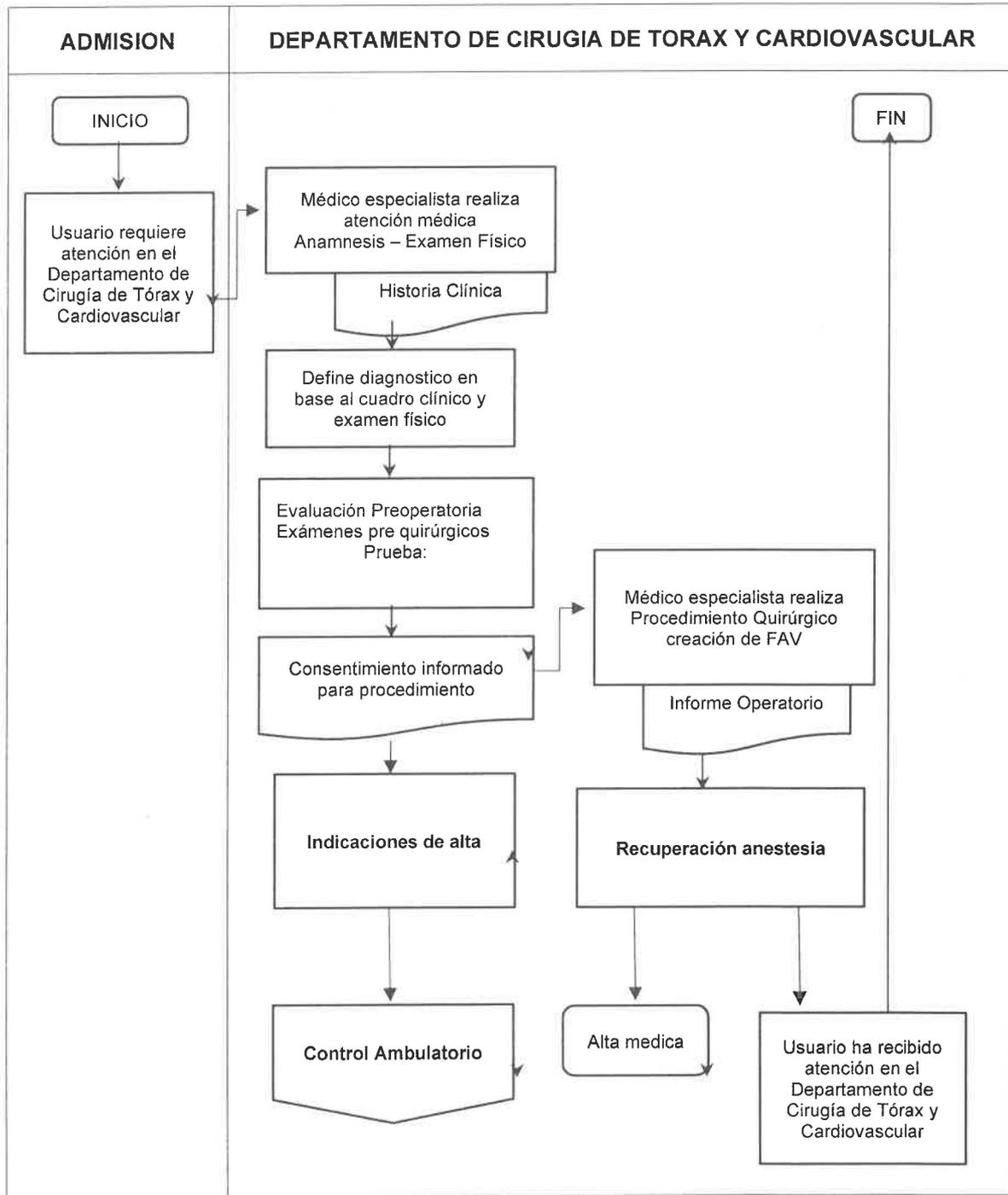
VII. RECOMENDACIONES

Esta presente guía es referencial ya que cada paciente es distinto debido a las comorbilidades que pueda presentar, tomar de referencia para los fines que el lector vea conveniente.¹⁰

VIII. ANEXOS



ANEXO N°01: FLUJOGRAMA CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA



ANEXO N°02: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Dos de Mayo	Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: paciente (), APODERADO () parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a)

me ha brindado información para el procedimiento que llevara a cabo y he comprendido los riesgos y beneficios.

INFORMACION GENERAL:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: por medio de un pequeño corte en el brazo se prodecera a unir de manera permanente una arteria con una vena con el fin de garantizar un acceso vascular permanente para poder realizar hemodiálisis por este nuevo acceso

DURACION DEL PROCEDIMIENTO: 3 horas 5 min

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 min.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 25 min (85 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado : 1 hora y 10 min
- Tiempo aproximado total: 3 horas 5 min

RIESGOS REALES Y POTENCIALES: Hemorragias, Infecciones

EFFECTOS ADVERSOS : trombosis de la fistula, estenosis de la fistula

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

- Vigilar Diariamente la permeabilidad de su Fístula: Valorando la presencia de thrill.
- Vigilar signos de Inflamación y signos y síntomas de isquemia.
- No movilizar brazo las primeras 24 a 48 horas.
- Evitar la Venopunción en dicho brazo o toma de PA.
- Controles por Consultorio Externo a la semana del Alta.



Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad

Lima, de del 20.....



Firma del Paciente () /Padre ()/
apoderado () y/o representante legal ()

Firma y Sello del Médico Informante

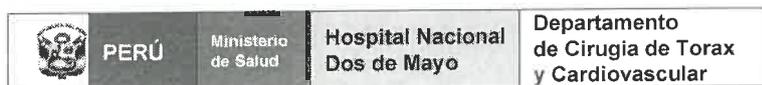
Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:





DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: ___/___/20___ ; Hora: ___:___ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (....) /Revocación (....) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente () /Padre ()/
apoderado () y/o representante legal ()



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:



ANEXO N° 03: FORMATO DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL JEFE DE SERVICIO

	PERU	MINSA	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES
Departamento:			Servicio:	
Fecha de evaluación:			N° Historia Clínica:	
Profesional que evalúa:				
Procedimiento Evaluado				
Fecha del Procedimiento				

	CRITERIOS SEGÚN GUIA DE PROCEDIMIENTOS	CUMPLIMIENTO		NO APLICA	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1.	Registro de los Datos del Paciente				
2.	Motivo de Intervención				
3.	Consentimiento Informado				
4.	Detalle del Procedimiento				
5.	Ecografía mapeo vascular				
6.	Marcaje de zona quirurgica				
7.	Registro de tiempo operatorio				
8.	Complicaciones si hubiera				
9.	Indicaciones Post Procedimiento				
10.	Firma y Sello del Médico Asistente				

Instructivo: Registrar la suma de cada ítem y porcentaje de cumplimiento de la adherencia.

CRITERIOS EVALUADOS	
CRITERIOS CUMPLIDOS	
% CRITERIOS CUMPLIDOS	

FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR



ANEXO N° 04: DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



IX. BIBLIOGRAFIA

1. BRAVO ZUÑIGA, CHAVEZ GOMEZ, GALVEZ INGA, VILLAVICENCIO CARRANZA, ESPEJO SOTELO, RIVEROS AGUILAR, Progresión de Enfermedad Renal Crónica en un Hospital de Referencia de la Seguridad Social de Perú 2012-2015, Rev Perú Med Exp Salud Públi 2017;34(2):209-17, Perú
2. KDIGO 2017, CLINICAL PRACTICE GUIDELINE UPDATE FOR THE DIAGNOSIS Evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease-mineral bone disorder (CKD-MBD) vol7,ISSUE1,JUL2017
3. TRUJILLO ALCOGER, SERRANO LOZANO, ROJAS GOMEZ, LOPEZ MONTERUBIO, BRAVO ARRIOLA, Complicación de la Fístula Arterio-venosa Experiencia en el Hospital Regional Adolfo López Mateos De ISSSTE, México, Rev Mex Angiología 2018; 39(4): 147-152
4. GOROSTIDI, SANTAMARIA, ALCAZAR, FERNANDEZ, GALCERAN, GOICOECHEA, OLIVERAS, PORTOLES, RUBIO, SEGURA, ARANDA, DOLORES DE PINO, Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las Guías KDIGO para evaluación y el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Nefrología 2017,34(3):302-16
5. HERRERA AÑAZCO, PACHECO MENDOZA, TAYPE RONDAN, La Enfermedad Renal Crónica en el Perú. una revisión narrativa de los artículos científicos publicados, acta med Perú 2018;33(2)130-7
6. Müller-Ortiz H, Moscoso-Aguayo P, González-Burboa A, Vera-Calzaretta A, Opazo-Ríos L, Basáez-Fernandez A, et al. Creación del Comité de Ejercicio y Enfermedad Renal Crónica de la Sociedad Chilena de Nefrología. Rev Med Chil. 2021;149(3):478–9.
7. Ramírez-Rodríguez C Sra, Grau-Valdes Y Sra, Grau-Abalo JA Sr. Síntomas asociados al sufrimiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Enferm nefrol. 2021;24(3):295–302.
8. Lou Arnal LM, Vercet Tormo A, Caverní Muñoz A, Medrano Villarroya C, Lou Calvo E, Munguía Navarro P, et al. Impacto del consumo de alimentos ultraprocesados en la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2021;41(5):489–501.
9. Azpiazu Alonso-Urquijo A. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS. Diál traspl. 2019;32(3):133–5.
10. Blanco Mavillard I, Rodríguez Calero MÁ, Sanchez Rojas C. Evaluación de complicaciones de la fístula arteriovenosa para hemodiálisis según la técnica de canalización. Enferm nefrol. 2017;20(2):167–177.



CONSENTIMIENTO INFORMADO CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a)

me ha brindado información para el procedimiento que llevara a cabo y he comprendido los riesgos y beneficios.

INFORMACION GENERAL:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: por medio de un pequeño corte en el brazo se prodecera a unir de manera permanente una arteria con una vena con el fin de garantizar un acceso vascular permanente para poder realizar hemodiálisis por este nuevo acceso

DURACION DEL PROCEDIMIENTO: 3 horas 5 min

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 min.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 25 min (85 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado : 1 hora y 10 min
- Tiempo aproximado total: 3 horas 5 min

RIESGOS REALES Y POTENCIALES: Hemorragias, Infecciones

EFFECTOS ADVERSOS : trombosis de la fistula, estenosis de la fistula

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

- Vigilar Diariamente la permeabilidad de su Fístula: Valorando la presencia de thrill.
- Vigilar signos de Inflamación y signos y síntomas de isquemia.
- No movilizar brazo las primeras 24 a 48 horas.
- Evitar la Venopunción en dicho brazo o toma de PA.
- Controles por Consultorio Externo a la semana del Alta.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad

Lima,..... de..... del 20.....



Firma del Paciente () /Padre () /
apoderado () y/o representante legal ()

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Firma del Paciente () /Padre () /
apoderado () y/o representante legal ()

Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a)

me ha brindado información para el procedimiento que llevara a cabo y he comprendido los riesgos y beneficios.

INFORMACION GENERAL:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: por medio de un pequeño corte en el brazo se prodecera a unir de manera permanente una arteria con una vena con el fin de garantizar un acceso vascular permanente para poder realizar hemodiálisis por este nuevo acceso

DURACION DEL PROCEDIMIENTO: 3 horas 5 min

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 min.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 25 min (85 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado : 1 hora y 10 min
- Tiempo aproximado total: 3 horas 5 min

RIESGOS REALES Y POTENCIALES: Hemorragias, Infecciones

EFFECTOS ADVERSOS : trombosis de la fistula, estenosis de la fistula

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

- Vigilar Diariamente la permeabilidad de su Fístula: Valorando la presencia de thrill.
- Vigilar signos de Inflamación y signos y síntomas de isquemia.
- No movilizar brazo las primeras 24 a 48 horas.
- Evitar la Venopunción en dicho brazo o toma de PA.
- Controles por Consultorio Externo a la semana del Alta.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad

Lima,..... de..... del 20.....



Firma del Paciente () /Padre () /
apoderado () y/o representante legal ()

Nombre:

DNI:

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

CMP:

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: CREACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Firma del Paciente () /Padre ()/
apoderado () y/o representante legal ()

Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP: