



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO ACADEMICO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS PACIENTES QUE  
FUERON SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS POSTERIOR A  
ACTIVIDAD EDUCATIVA EN EL HOSPITAL GUILLERMO  
ALMENARA IRIGOYEN EN EL PERIODO DE ENERO A  
MAYO DEL 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:  
ADMINISTRACION Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. MARIA MILAGROS FAJARDO FERNANDEZ**

**ASESOR:**

**JUANA MARCOS ROMERO**

**CHINCHA - ICA - PERU**

**2018**

## ÍNDICE

### ÍNDICE

#### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	01
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	04
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	05
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	05
1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO.....	06
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	06
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	06
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	07
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	07
1.5.2 LIMITACIONES.....	08

#### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	09
2.2 BASES TEÓRICAS.....	14

#### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	28
3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	28
3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	29

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	30
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	xx
4.3.1 POBLACIÓN.....	xx
4.3.2 MUESTRA.....	xx
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	34
4.4.2 FUENTES.....	35

## **CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	36
5.2 PRESUPUESTO.....	36
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	38

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS:**

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	44
2. ENCUESTAS - CUESTIONARIO.....	45

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

En las últimas décadas, hubo un incremento de diversas enfermedades crónicas degenerativas las cuales fueron extendiéndose en nuestra población, las cuales fueron afectando diversas funciones en el organismo, ya fuesen cardíaca, renal o también la respiratoria entre otras, como ya fuese el caso de una insuficiencia renal crónica, la cual fue catalogada como una de las enfermedades más convalidantes en nuestra actualidad, la misma que tiene una incidencia de 1 por cada 2000 pacientes.

Estos pacientes, llegan a tener un mal funcionamiento renal, las cuales van a ser tratados por vista de médico, ya fuese mediante la diálisis o como un trasplante renal, sin embargo debido a una escasa donación de órganos, estos mismos solo podrán darse mediante la hemodiálisis o diálisis peritoneal, las cuales van a traer diversas complicaciones, como por ejemplo alteraciones en sistema digestivo, insuficiencia cardíaca, anemia, edema agudo de pulmón, como también la modificación de la presión arterial.

### **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En nuestro trabajo de investigación va a llegar a estudiarse en el nivel de conocimiento en los pacientes que sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo almenara.

De tal forma este trabajo abarca académicamente el campo educativo, debido a que va a abarcarse ambas variables Nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis, actividad educativa.

### **1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de enero a mayo del 2018?

#### **1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero a Mayo del 2018.

### **1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Describir el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.
- Conceptuar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.

## **1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El manejo de los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA) es de apoyo, con la terapia de reemplazo renal (TRR) indicada en pacientes con lesión renal grave.

Múltiples modalidades de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL están disponibles. Estos incluyen hemodiálisis intermitente (IHD); terapias continuas de reemplazo renal (CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL); y terapias híbridas, también conocidas como terapias de reemplazo renal intermitentes prolongadas (PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL), tales como diálisis sostenida de baja eficacia (SLED) y diálisis de duración extendida (EDD). A pesar de estas técnicas variadas, la mortalidad en pacientes con insuficiencia renal aguda sigue siendo alta, excediendo del 40 al 50 por ciento en pacientes gravemente enfermos.

#### 1.5.2 LIMITACIONES

- Poca participación por parte de los pacientes, como también el mal llenado de los formatos la cual no nos permita una correcta tabulación para obtener nuestras conclusiones y de tal forma llegar a una discusión por la que nos sirva como información para posteriores trabajos de investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Citaremos al autor Onerys Ramon Sosa Vasquez con el trabajo titulado “Fístulas arterio-venosas trombosadas para hemodiálisis y su tratamiento” (2016)

La trombosis constituye la principal causa de disfunción y pérdida de las fístulas arterio-venosas para hemodiálisis. Actualizar los aspectos relacionados con los principales tratamientos de las fístulas arterio-venosas trombosadas. Se realizó la búsqueda de artículos sobre el tema en la base de dato Medline, artículos publicados en páginas web y revistas líderes en la publicación de estudios sobre fístulas arterio-venosas para hemodiálisis. La trombosis es la complicación más frecuente de las fístulas arterio-venosas, su principal causa lo constituyen los errores técnicos en la trombosis precoz y las estenosis en las tardías. La repermeabilización precoz de las fístulas arterio-venosas y tratar las estenosis en el mismo acto quirúrgico, es lo que se recomienda. Para tales fines se cuenta con las técnicas quirúrgicas identificadas como el *gold standard* y las endovasculares, con resultados alentadores.



## 2.2 BASES TEÓRICAS

El manejo de los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA) es de apoyo, con la terapia de reemplazo renal (TRR) indicada en pacientes con lesión renal grave. Múltiples modalidades de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL están disponibles. Estos incluyen hemodiálisis intermitente (IHD); terapias continuas de reemplazo renal (CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL); y terapias híbridas, también conocidas como terapias de reemplazo renal intermitentes prolongadas (PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL), tales como diálisis sostenida de baja eficacia (SLED) y diálisis de duración extendida (EDD). A pesar de estas técnicas variadas, la mortalidad en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA sigue siendo alta, excediendo del 40 al 50 por ciento en pacientes gravemente enfermos.

El inicio de TSR en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA previene la uremia y la muerte inmediata por las complicaciones adversas de la insuficiencia renal. Es posible que las variaciones en el momento del inicio, modalidades y / o dosis puedan afectar los resultados clínicos, particularmente la supervivencia, aunque pocos estudios han examinado directamente estos problemas.

El momento óptimo, el tipo de modalidad y la estrategia de dosificación para los pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA que requieren TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL se revisan aquí. Las diferentes modalidades se discuten por separado.

**INDICACIONES URGENTES:** Las indicaciones urgentes aceptadas para TSR en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA generalmente incluyen:

- Sobrecarga de fluido refractario
- Hiperpotasiemia grave (concentración plasmática de potasio > 6.5 mEq / L) o niveles de potasio en rápido aumento
- Signos de uremia, como pericarditis, encefalopatía o una disminución del estado mental inexplicable
- Acidosis metabólica severa (pH <7.1)
- Ciertas intoxicaciones por alcohol y drogas

La probabilidad de requerir TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL aumenta en pacientes con enfermedad renal crónica subyacente (CKD) en proporción al grado de reducción en la tasa de filtración glomerular (GFR) al inicio del estudio. Esto fue ilustrado en un estudio que comparó la FG estimada antes de la hospitalización (TFGe, de la creatinina sérica más reciente) en 1.746 pacientes hospitalizados que desarrollaron LRA que requirió diálisis con la de 600.820 pacientes hospitalizados que no la.

En comparación con los pacientes con un GFR inicial estimado > 60 ml / min / 1.73 m<sup>2</sup>, el riesgo de desarrollar INSUFICIENCIA RENAL AGUDA que requiera diálisis progresiva y significativamente aumentó con la gravedad de la ERC subyacente. Los odds ratios ajustados (OR) fueron 1.7, 4.6 y 20.4 para pacientes con estadio 3 (eGFR de 30 a 59 ml / min / 1.73 m<sup>2</sup>), 4 (eGFR 15 a 29 ml / min / 1.73 m<sup>2</sup>) y 5 CKD (eGFR <15 ml / min / 1.73 m<sup>2</sup>), respectivamente.

**TIEMPO DE INICIACIÓN ELECTIVA** - Iniciamos TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL de manera selectiva antes del desarrollo de alteraciones electrolíticas severas y sobrecarga de volumen. Por lo tanto, favorecemos la iniciación selectiva de

TSR en pacientes con  $K > 6.0$  mEq / L o acidosis metabólica severa ( $pH < 7.2$ ) a pesar del manejo médico óptimo y que no muestran signos de que la función renal o la acidosis metabólica estén mejorando. Iniciamos TSR de forma electiva entre los pacientes que presentan repetidamente un balance de líquidos positivo a pesar de los intentos agresivos de diuresis, particularmente si tienen un aumento en los requerimientos de oxígeno. Los estudios observacionales han demostrado una asociación entre la gravedad de la sobrecarga de volumen en el momento del inicio de la TSR y el riesgo de mortalidad.

En ausencia de síntomas urémicos clínicamente significativos o indicaciones específicas tales como anomalías electrolíticas severas o sobrecarga de volumen, el momento óptimo para el inicio del TRR es controvertido. En general, sugerimos no iniciar TRR en ausencia de estas indicaciones, especialmente si el nitrógeno ureico en sangre (BUN) es  $< 110$  mg / dL.

Los ensayos aleatorizados y controlados que compararon las estrategias de inicio temprano versus tardío de la TRR (en ausencia de indicaciones obvias) arrojaron resultados contradictorios. Un metanálisis de 10 ensayos aleatorizados no mostró beneficio de inicio temprano en la mortalidad a los 30, 60 o 90 días. Tampoco hubo diferencias entre la iniciación temprana y tardía en el riesgo de dependencia de la diálisis, la duración de la unidad de cuidados intensivos (UCI) o la estancia hospitalaria, o la recuperación de la función renal. Sin embargo, la fuerza de este análisis es baja en parte debido a la heterogeneidad debido a las definiciones variables de iniciación temprana versus tardía. Además, la mayoría de los ensayos tenían un riesgo claro o alto de sesgo para la ocultación de la asignación.

Varios de los ensayos más grandes en este análisis no demostraron ningún beneficio con el inicio más temprano de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. Los mejores datos provienen de un ensayo multicéntrico, aleatorizado que incluyó a 620 pacientes con IRA severa y que requirieron ventilación mecánica o ambas y / o infusión de catecolaminas. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA se define de acuerdo a la enfermedad renal: Mejora de los resultados globales (KDIGO) criterios (un aumento en la creatinina sérica a tres veces la línea base, o aumento en la creatinina sérica a  $\geq 4.0$  mg / dl [ $\geq 353.6$  micromol / L], o reducción en la producción de orina a  $< 0,3$  ml / kg por hora durante  $\geq 24$  horas o anuria durante  $\geq 12$  horas).

Se excluyeron los pacientes que tenían BUN  $> 112$  mg / dL (40 mmol / L), potasio sérico  $> 6$  mEq / L (o  $> 5,5$  mEq / L a pesar de la intervención médica), pH  $< 7,15$  (relacionado con acidosis metabólica o mixta), o edema pulmonar (requisito de flujo de oxígeno  $> 5$  l / min para mantener la saturación de oxígeno  $> 95$  por ciento o, entre pacientes intubados, requisito de fracción de oxígeno inspirado  $> 50$  por ciento). Estos pacientes fueron excluidos porque se consideró que tenían una necesidad urgente de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL y, por lo tanto, no podían ser asignados éticamente a TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL demorado.

Los pacientes fueron asignados a una estrategia de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL temprana (dentro de las seis horas posteriores a la documentación de INSUFICIENCIA RENAL AGUDA grave) o a una estrategia de iniciación tardía de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. La estrategia tardía requirió el inicio de TSR después de la aparición de hiperpotasemia grave, acidosis metabólica o edema pulmonar,

todos definidos por parámetros incluidos en los criterios de exclusión enumerados anteriormente o después de un aumento de BUN > 112 mg / dl (40 mmol / L) o desarrollo de oliguria por más de 72 horas después de la asignación.

En general, no hubo un beneficio obvio asociado con la estrategia temprana de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. La mortalidad a los 60 días no fue diferente entre los grupos de estrategia temprana y tardía (48.5 versus 49.7 por ciento, respectivamente). El 49% de los pacientes en el grupo con estrategias tardías nunca recibió TSR, y la diuresis, que posiblemente sugiere una recuperación de la función renal, se produjo antes en el grupo con estrategias tardías. En comparación con el grupo de estrategia tardía, las infecciones relacionadas con el catéter y la hipofosfatemia fueron más frecuentes en el grupo de estrategia temprana.

Otros ensayos aleatorizados, más pequeños, tampoco han mostrado ningún beneficio asociado con el inicio temprano, aunque los resultados deben interpretarse con precaución ya que ambos ensayos tuvieron poco poder estadístico para detectar diferencias en la mortalidad.

Un ensayo aleatorizado de un solo centro mostró un beneficio de supervivencia conferido por el inicio temprano de TSR (hemodiafiltración continua). Este ensayo incluyó 231 pacientes críticamente enfermos con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA moderada, según lo definido por los criterios de KDIGO para la etapa 2 (incluida creatinina  $\geq 2$  veces el valor basal o gasto urinario  $< 0.5$  ml / kg / hora). Todos los pacientes también tenían sepsis grave, requerían vasopresores o catecolaminas o tenían sobrecarga de volumen refractario. Los pacientes fueron asignados a la iniciación temprana de TERAPIA DE

REEMPLAZO RENAL (dentro de las ocho horas posteriores al diagnóstico de INSUFICIENCIA RENAL AGUDA) o a una iniciación tardía o nula. Los pacientes en el grupo con retraso o sin iniciación recibieron TRR dentro de las 12 horas posteriores a que el paciente alcanzara los criterios de KDIGO en estadio 3 (producción de orina  $<0.3$  ml / kg / hora durante  $\geq 24$  horas y / aumento triple de la creatinina sérica o aumento  $\geq 4$  mg / dL con un aumento agudo de  $\geq 0.5$  mg / dL) o desarrollado una indicación para TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (como nivel de urea en suero  $> 100$  mg / dL [comparable a BUN  $> 47$  mg / dL] , potasio  $> 6$  mEq / L, magnesio sérico  $> 8$  mEq / L, producción de orina de 200 mL durante 12 horas o edema diurético resistente). En el grupo de inicio tardío, 11 pacientes terminaron sin recibir TRR; de estos, solo seis pacientes no progresaron a la etapa 3, tres pacientes tuvieron recuperación de la función renal y tres pacientes fallecieron.

En comparación con la iniciación tardía o nula, el inicio temprano de la TRR redujo la mortalidad a los 90 días (cociente de riesgos instantáneos [CRI], 0,66; IC del 95%: 0,45-0,97). Además, más pacientes recuperaron la función renal en el grupo temprano versus retrasado a los 90 días, y tanto la duración de la TSR como la estancia hospitalaria fueron más cortas en el grupo de iniciación temprana.

Sin embargo, aunque se trató de un ensayo cuidadosamente realizado, es difícil entender cómo esas pequeñas diferencias en el momento del inicio de la diálisis podrían lograr una mejoría tan amplia en los resultados. Dado que casi todos los pacientes terminaron recibiendo TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, la única diferencia entre los grupos fue el tiempo de iniciación TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, que fue menos de 24 horas. Es posible que el tamaño relativamente pequeño

de la prueba resulte en una sobreestimación del beneficio del tratamiento. Un cambio de tres eventos entre los grupos de tratamiento hubiera resultado en una pérdida de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Se están llevando a cabo otros ensayos aleatorizados, que incluyen la Iniciación de diálisis precoz versus tardía en la unidad de cuidados intensivos y la Iniciación estándar versus acelerada de TSR en INSUFICIENCIA RENAL AGUDA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, que pueden permitir extraer conclusiones más definitivas.

Las directrices de KDIGO establecen que la TSR debe iniciarse de manera emergente cuando existen cambios que amenazan la vida en el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, pero también sugieren que, entre los pacientes que no tienen indicaciones potencialmente mortales, el clínico considere el contexto clínico más amplio. la presencia de afecciones que pueden modificarse con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, y las tendencias de las pruebas de laboratorio, en lugar de usar un umbral específico de BUN o creatinina, al tomar la decisión de iniciar TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

MODALIDAD ÓPTIMA: hay un gran número de modalidades disponibles para TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. Estos incluyen hemodiálisis intermitente (IHD), diálisis peritoneal, terapia de reemplazo renal continua (TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL) y terapias híbridas como la hemodiálisis sostenida de baja eficiencia (SLED).

Los datos no respaldan la superioridad de ningún modo particular de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. En la mayoría de los

pacientes, la selección de la modalidad debe basarse en la experiencia local y la disponibilidad de personal y equipo. Sin embargo, en pacientes seleccionados, otros factores pueden prevalecer. Como ejemplo, en pacientes con lesión cerebral aguda o falla hepática fulminante, la terapia continua puede estar asociada con una mejor preservación de la perfusión cerebral. Sin embargo, los costos asociados con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL pueden ser mayores que con otras modalidades de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

Terapias de reemplazo renal continuo versus hemodiálisis intermitente: la TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL representa una familia de modalidades que proporciona apoyo continuo para pacientes gravemente enfermos con LRA. Estos incluyen hemofiltración continua, hemodiálisis y hemodiafiltración, que involucran terapias tanto convectivas como difusivas. Aunque la eliminación superior de las moléculas de peso molecular medio y grande se asocia con terapias convectivas (hemofiltración) en comparación con las terapias difusivas (hemodiálisis), no hay estudios que muestren claramente resultados clínicos mejorados en comparación con el tipo de transporte de solutos.

Los estudios sugieren que la supervivencia y recuperación de la función renal son similares tanto con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL como con IHD, y las Guías de práctica clínica para INSUFICIENCIA RENAL AGUDA de enfermedad renal: mejora de resultados globales (KDIGO) sugieren el uso de TSR intermitente y continua como terapias complementarias en pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

La mayoría de los estudios que compararon TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL e IHD han sido series de casos



observacionales o retrospectivos. Después del ajuste por la gravedad de la enfermedad, parece que no hay un beneficio de supervivencia asociado con la TRRC. Una serie observacional ha sugerido un aumento del riesgo de mortalidad ajustado asociado con la TRRC, aunque el ajuste incompleto para la gravedad de la enfermedad puede haber confundido este hallazgo.

De mayor importancia, múltiples estudios aleatorizados prospectivos también compararon los resultados de la LRA compatible con IHD o CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. Como ejemplos:

- En un estudio multicéntrico, 166 pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA fueron asignados aleatoriamente a IHD o CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. La CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL se asoció con una mortalidad por todas las causas significativamente mayor a los 28 días (59.5 versus 41.5 por ciento) y la mortalidad hospitalaria (65.5 versus 47.6 por ciento). Sin embargo, a pesar de la aleatorización, los pacientes asignados al azar a TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL fueron significativamente más propensos a tener una mayor aguda fisiológica y de Evaluación de Salud Crónica (APACHE) III anota e insuficiencia hepática. Después del ajuste para estas características, no hubo un mayor riesgo de muerte con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

- En el estudio HemoDiafe (un estudio prospectivo, multicéntrico, francés), 360 pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA y síndrome de disfunción multiorgánica fueron asignados aleatoriamente a IHD o hemodiafiltración venovenosa continua (CVVHDF). El punto final primario fue la

supervivencia a los 60 días. La gravedad de la enfermedad fue similar en ambos grupos aleatorizados, la adherencia al protocolo fue buena, ambos grupos usaron las mismas membranas de diálisis y hubo una baja tasa de transición de las terapias intermitentes a las continuas (3,3 por ciento). A los 60 días, la supervivencia fue la misma en ambos grupos (32 y 33 por ciento en los grupos intermitente y continuo, respectivamente). Además, ambas terapias se asociaron con tasas similares de hipotensión, incluido el grupo de pacientes hemodinámicamente inestables.

Si bien el estudio HemoDiafe fue el estudio aleatorizado y controlado más grande y más rigurosamente realizado que comparó la modalidad de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL en INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, las conclusiones definitivas deben atenuarse por las limitaciones del diseño y la ejecución del ensayo. El uso de heparina, en lugar de anticoagulación regional durante la terapia continua, puede haber contribuido a problemas de hemorragia sistémica y coagulación del circuito extracorpóreo. Además, durante la duración del estudio, la tasa de mortalidad en el brazo de terapia intermitente disminuyó con el tiempo, mientras que se mantuvo constante en el grupo de terapia continua. Las razones de estas tendencias son inciertas y pueden reflejar cambios en la entrega de IHD a lo largo del tiempo. Además, la duración media de los tratamientos de hemodiálisis fue más larga que la empleada habitualmente en la práctica clínica, planteando preguntas sobre la capacidad de traducir estos resultados en práctica clínica. Es importante destacar, sin embargo, que este estudio demuestra que es posible realizar IHD con éxito en prácticamente todos los pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA debido a los hallazgos de

tasas de hipotensión similares con pacientes estables e inestables y la baja tasa de cruce de la terapia intermitente a continua.

El ensayo clínico que comparó la hemodiálisis continua versus intermitente en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (CONVINT) fue un ensayo controlado, aleatorizado y de un solo centro de 252 pacientes críticamente enfermos en Alemania que fueron asignados aleatoriamente a hemofiltración venovenosa continua (CVVH) con una dosis prescrita de 35 ml / kg / hora o hemodiálisis diaria. Diecinueve y medio por ciento de los 128 pacientes aleatorizados a IHD se cambiaron a CVVH después de una media de  $4,4 \pm 12$  días para la hipotensión severa o el manejo del volumen, mientras que el 45,9 por ciento de los pacientes asignados al azar a CVVH se cambiaron a IHD después de una media de  $6,2 \pm 5.6$  días debido a la coagulación con filtro repetido, el sangrado que requiere la interrupción de la anticoagulación, el control metabólico, la trombocitopenia o la mejoría en el estado general y la necesidad de movilización.

La supervivencia 14 días después de la interrupción de la TSR fue del 39,5 por ciento en el grupo con CI, en comparación con el 43,9 por ciento en el grupo CVVH, sin diferencias en la mortalidad hospitalaria o la mortalidad a los 30 días de seguimiento. Del mismo modo, no hubo diferencia en la recuperación de la función renal.

Meta-análisis que compararon los resultados con CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL y IHD también se han realizado. En general, no se puede atribuir ningún beneficio de supervivencia a ninguna de las modalidades.

- Recuperación de la función renal: la recuperación de la función renal parece ser la misma con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL e IHD. Aunque algunos estudios informan una mejor recuperación con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, estos informes solo evaluaron la recuperación renal en pacientes que sobrevivieron, y por lo tanto no reflejaron las diferencias de mortalidad entre los grupos. Cuando el análisis combinó la mortalidad y la no recuperación de la función renal, ambos grupos mostraron una recuperación similar de la función. Los estudios aleatorizados tampoco han encontrado tal beneficio con TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. Estas observaciones se confirmaron en un metanálisis que incluyó 3971 sobrevivientes de INSUFICIENCIA RENAL AGUDA que requirieron TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. Un análisis agrupado de 16 estudios observacionales (n = 3499) mostró una mayor tasa de dependencia de diálisis asociada con CI, pero el análisis de siete ensayos aleatorizados (n = 472) no mostró diferencias en la recuperación de la función renal entre los grupos.

- Otras diferencias: la TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL puede asociarse con las siguientes ventajas en comparación con el CI:

- Estabilidad hemodinámica mejorada, que puede ser particularmente beneficiosa en pacientes hemodinámicamente inestables. Se cree que la estabilidad hemodinámica está relacionada con la eliminación más lenta de solutos y volumen y los efectos de la hipotermia modesta a menudo asociada con la TRCR.

- Eliminación neta de sal y agua más consistente, particularmente en pacientes hemodinámicamente inestables,

lo que permite un manejo superior de la sobrecarga de volumen y los requerimientos nutricionales

- Aumento del aclaramiento de los mediadores inflamatorios, que pueden proporcionar beneficios en pacientes sépticos, en particular mediante el uso de modos convectivos de terapia continua. Sin embargo, un metanálisis de convección versus difusión no demostró ningún beneficio para la convección. Los ensayos abiertos, aleatorizados y controlados tampoco han demostrado beneficio de la hemofiltración de alto volumen en la sepsis o shock cardiogénico después de la cirugía cardíaca.
- Entre los pacientes con lesión cerebral aguda o falla hepática fulminante, la terapia continua puede estar asociada con una mejor preservación de la perfusión cerebral.

La importancia real de estos beneficios es incierta, dada la ausencia de una diferencia en la supervivencia entre estas modalidades. Como ejemplo, aunque la terapia de convección puede proporcionar una eliminación mejorada de mediadores proinflamatorios, también puede dar como resultado la eliminación de mediadores antiinflamatorios beneficiosos. Además, el aclaramiento extracorpóreo máximo alcanzado de estos mediadores es bajo en relación con las velocidades de generación y el aclaramiento endógeno.

Terapia de reemplazo renal intermitente prolongada: aunque se ha demostrado que la terapia de reemplazo renal intermitente prolongada (PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL) tiene efectos hemodinámicos similares y proporciona un control metabólico similar a la CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, hay pocos datos que comparan los resultados con IHD o CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL. En un estudio de un solo centro de 60 pacientes tratados con PITERAPIA DE

REEMPLAZO RENAL o CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL se asoció con resultados clínicos comparables o mejores. Se observaron resultados similares en un segundo estudio de un solo centro que comparó PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL con CVVH en 232 pacientes críticamente enfermos. No hubo diferencia en la mortalidad por cualquier causa a los 90 días entre el grupo PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL y el grupo CVVH. Los pacientes tratados con PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL necesitaron menos días de ventilación mecánica, requirieron menos días en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y recibieron menos transfusiones de sangre, lo que resultó en un costo general más bajo de la terapia. Un meta análisis posterior de 7 ensayos controlados y aleatorizados y 10 estudios de observación que compararon PITERAPIA DE REEMPLAZO RENAL con CTERAPIA DE REEMPLAZO RENAL no encontraron diferencias en la mortalidad o la recuperación de la función renal asociadas con la modalidad de la terapia.

La diálisis peritoneal - diálisis peritoneal tiene una larga historia de uso en el tratamiento de la IRA; sin embargo, ha habido pocas comparaciones rigurosas entre la diálisis peritoneal y otras modalidades de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL en INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.

- Un estudio prospectivo se realizó en Vietnam en el que 70 pacientes con INSUFICIENCIA RENAL AGUDA por malaria o sepsis (48 y 22 individuos, respectivamente) fueron asignados aleatoriamente a diálisis peritoneal o CVVH. Se observó un riesgo notablemente mayor de muerte en el grupo que recibió diálisis peritoneal. Las posibles razones de la peor supervivencia en el grupo de diálisis peritoneal incluyen un aclaramiento total de creatinina más bajo, el uso de acetato (no

de bicarbonato) en la diálisis de diálisis peritoneal y otros factores específicos de diálisis peritoneal que aún no están definidos. Además, el dializador peritoneal se realizó en la farmacia del hospital del estudio, mientras que el dializado peritoneal comercial utilizado en la mayoría de los países contiene lactato en lugar de acetato y se realizó con catéteres rígidos. El uso de heparina en el brazo de hemofiltración también puede haber tenido un beneficio terapéutico en pacientes con malaria. La extrapolación de este estudio es limitada ya que la población de estudio fue muy diferente a la que se encuentra en la mayoría de los países desarrollados.

- Un ensayo aleatorizado y controlado comparó la diálisis peritoneal de alto volumen con la CI diaria en 120 pacientes con necrosis tubular aguda. No hubo diferencias en la tasa de mortalidad (58 y 53 por ciento) y la recuperación de la función renal (28 y 26 por ciento) en los dos grupos de tratamiento, aunque la diálisis peritoneal se asoció con una menor duración de la necesidad de diálisis.
- Un metaanálisis de ocho cohortes de observación y cuatro ensayos aleatorizados y controlados no encontró diferencias en la mortalidad que compara la diálisis peritoneal con las modalidades extracorpóreas de TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 HIPÓTESIS GENERAL**

Existe el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero a Mayo del 2018.

#### **3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA**

- Existe el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.
- Existe el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.
- Existe el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.



### 3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

DEF. CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE.
<p>Son un conjunto de acciones que realiza un individuo, familia o grupo referida a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ella para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Cuando la enfermedad ataca a un individuo el autocuidado de él</p>	<p>Alimentación</p> <p>Higiene</p> <p>Aspecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ingesta de líquidos.</li> <li>-Control de la cantidad de alimentos que consume</li> <li>-Consumo de alimentos con contenido proteico, sal, y grasas.</li> <li>-Control de peso, frecuencia.</li> <li>-Baño diario</li> <li>-Realiza cuidados de la piel.</li> <li>-Realiza cuidados de su catéter</li> <li>-Observa signos de alarma.</li> <li>-Consumo de tabaco , alcohol</li> <li>-Ejercicio físico ( tipo, frecuencia)</li> <li>-Realiza compresiones con una pelota de goma con el brazo de la fistula.</li> <li>-Impacto y adaptación de su enfermedad.</li> </ul>	<p>-Realiza</p> <p>-No realiza</p>	<p>Las actividades de autocuidado, son acciones que refieren realizar los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis para satisfacer sus necesidades sobre alimentación, higiene Se aplicó un formulario tipo cuestionario.</p>

<p>queda alterado, es aquí donde las actividades de autocuidado cobran mayor énfasis para que el paciente obtenga buenos beneficios. De esa manera se considera el aspecto biológico, referida a toda actividad que se realiza para mejorar y mantener la anatomía y fisiología del individuo enfermo con IRC sometido a hemodiálisis a través de la alimentación, higiene, hábitos y ejercicio físico. Por otro lado el aspecto psicosocial donde se enfatiza la relajación y la interrelación con su alrededor.</p>	<p>psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción sobre su salud.</li> <li>-Estado emocional</li> <li>-Depresión</li> <li>-Conversa con su la familia y amigos de confianza acerca del su enfermedad.</li> <li>-Participa en reuniones sociales</li> <li>-Actividades de distracción que se realiza en casa.</li> </ul>		
---	--------------------	--	--	--

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Tipo de investigación

Respecto a nuestro trabajo, se llegó a valorar las variables, las cuales tiene carácter descriptivo observacional y correlacional de tipo prospectivo con corte transversal.

Nivel de investigación

Se tendrá en cuenta los niveles metodológicos para que el presente estudio se de en el margen transversal descriptivo y correlacional.

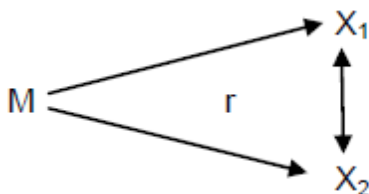
#### **4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Método de la investigación

El presente trabajo, es de carácter inductivo, la cual descompone nuestro trabajo en dos variables, las mismas que fueron analizadas y se llegó a la conclusión de que el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.

## Diseño de la investigación

Para el presente trabajo, se tiene en cuenta que es de diseño descriptivo – correlacional:



M: Muestra en estudio

X1: Nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis

X2: Actividad educativa.

r: representó la relación entre el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis y la actividad educativa.

## 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.3.1 POBLACIÓN

Población

La población de estudios está dada por todos los pacientes que fueron sometidos a la hemodiálisis

### 4.3.2 MUESTRA

Muestra

El tamaño de la muestra se llegó a determinar con la fórmula de poblaciones finitas, las cuales constituyen las unidades para nuestro estudio que se elaboró.

$$n = \frac{Z^2 \text{ pe. qe}}{E^2} \quad \text{Si } \frac{n}{N} > 0.10 \quad n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

**n** : Muestra que está sujeta a estudio.

**Z<sup>2</sup>** : 1.96 (coeficiente de confianza 95%).

**pe** : 0.5 (probabilidad de ocurrencia).

**qe** : 0.5 (probabilidad de no ocurrencia).

**E<sup>2</sup>** : 0.05 (probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%).

**N** : 118 (tamaño de la población accesible).

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 384$$

$$\frac{n}{N} = 1.536 > 0.10$$

Muestra final:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{118}}$$

$$n = 90$$

α

bajo de investigación tendrá como muestra a 90 pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.

## **4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO**

#### Técnicas

Para nuestro estudio se llegará a utilizar la técnica de la encuesta como la entrevista.

#### Instrumento

Respecto al instrumento que se utilizará será la encuesta, la cual será tabulada para obtener resultados en nuestro trabajo de investigación.

### **4.4.2 FUENTES**

Se utilizará de fuente primaria, debido a que se aplicará la encuesta.

## CAPÍTULO V

### ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

#### 5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

Para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación, se contará con la asesoría de un tutor como también servirá de parte nuestra.

#### 5.2 PRESUPUESTO

Personal

<b>Recurso Humanos</b>	<b>Numero</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Costo/mes</b>
Asesora	06	06 meses	450
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>06 meses</b>	<b>2'700</b>

Bienes

<b>Descripción</b>	<b>Numero</b>	<b>Costo</b>	<b>Total S/.</b>
Papel de 80 gramos	04	22.50	90.00
Tinta	05	43.00	215.00
Lapiceros y lápices	18	1.10	19.80
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>66.60</b>	<b>324.80</b>

## Servicios

Servicios	Costo S/.
Fotocopias	330.00
Internet	190.00
<b>Total</b>	<b>520.00</b>

## 5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

❖ Recolección de la bibliografía.	X					
❖ Elaboración del proyecto de tesis.	X					
❖ Revisión y permiso del servicio de medicina	X					
❖ Aprobación del proyecto por la clínica Santa Catalina.		X				
❖ Presentación y aprobación del proyecto de investigación.			X			
❖ Recolección de datos.				X	X	
❖ Procesamiento de los datos.					X	
❖ Elaboración y Presentación del proyecto de investigación.					X	
❖ Publicación del proyecto de investigación.						X



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magaz Lago. Ángela. Efectos psicológicos de la Insuficiencia Renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. Tesis doctoral. Bilbao, a 12 de Junio de 2003. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>. -
2. Mera Santander. Marcela Lorena. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006”. Valdivia Chile 2007. [en línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible: <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf> -
3. Andrés Galache. Belén Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev Soc Esp 78 Enferm Nefrol 2004; 7 (3): 158/163. [en línea]. [Revisado el: 05 de febrero del 2013]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf>. -
4. Irías Borge. Vilma Gabriela. Caracterización Psicológica y tendencia al suicidio en pacientes con insuficiencia renal crónica hospital infantil Manuel de Jesús Rivera. OCTUBRE 2003 – ENERO 2004. Nicaragua – Managua 2004. [en

línea]. [Revisado el: 05 de marzo del 2013]. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/323.pdf> -

5. M.J. Ricart y colab. Indicaciones y proceso de evaluación del paciente con diabetes candidato a un trasplante renal, aislado o combinado con trasplante de páncreas. *Av Diabetol*.2008;24(5):393-398. Barcelona-España 2008. [en línea]. [Revisado el: 26 de marzo del 2013]. Disponible en:  
<http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/24-5-6.pdf> –
  
6. Haya. Carlos. Acceso vascular para hemodialisis. [en línea]. [Revisado el: 13 de marzo del 2013]. Disponible en:  
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/dialisis/montseserarols.PDF> –
  
7. Lerma García y Arnau Barragán. Los cuidados de la piel en los pacientes en Hemodiálisis. [En línea]. [Revisado el: 25 de febrero del 2013]. Disponible en:  
[http://www.revistaseden.org/files/art109\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art109_1.pdf)
  
8. Arbeláez Mario y Colb. Guías de práctica Clínica basada en la evidencia Insuficiencia Renal Crónica. 1999. Pág. 16.
  
9. XI Jornadas de Enfermería en diálisis peritoneal, 26 mayo 2003, FMC

10. Rivera Ayala Lidia, „Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos del paciente de hemodiálisis sobre el autocuidado del acceso vascular““. México, 2010.
  
11. Monsalve Dávila Marco Antonio, “Medidas de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009”. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2009.
  
12. Arquinigo Jaimes Gloria Marlene, „Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007““. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2008.
  
13. Napán Navarro Mercedes. Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad de enfermería – Centro De Diálisis del Norte SAC – 2002. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2002. 75
  
14. Luis Hernando Avendaño y col. Nefrología clínica. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana. 1997.

15. Lerma García y Arnau Barragán. Los cuidados de la piel en los pacientes en Hemodiálisis. [En línea]. [Revisado el: 25 de febrero del 2013]. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/art109\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art109_1.pdf).
  
16. Andrés Galache. Belén Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. 2004; 7 (3): 158/163. [en línea]. [Revisado el: 05 de mayo del 2012]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art02.pdf>.

# **ANEXOS**

## 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	TECNICA E INSTRUMENTO	POBLACION Y MUESTRA
<p><b>P. PRINCIPAL:</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero a Mayo del 2018?</p>	<p><b>O. GENERAL:</b> Determinar el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero a Mayo del 2018.</p>	<p><b>H. GENERAL:</b> Existe el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero a Mayo del 2018.</p>	<p>Nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis</p>	<p>Encuesta</p>	<p>En el presente trabajo de investigación tendrá como muestra a 90 pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p>
<p><b>P. SECUNDARIOS:</b> •¿Cuál es el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?  •¿Cuál es el nivel de</p>	<p><b>O. ESPECÍFICOS:</b> •Describir el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.  •Conceptuar el nivel de</p>	<p><b>H. SECUNDARIAS:</b> •Existe el nivel de conocimiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p>	<p>Actividad educativa.</p>		

<p>conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?</p> <p>•¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa?</p>	<p>conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p> <p>•Relacionar el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p> <p>.</p>	<p>•Existe el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p> <p>•Existe el nivel de conocimiento sobre la prevención de las complicaciones en los pacientes que fueron sometidos a hemodiálisis posterior a actividad educativa.</p>			
--	---	--	--	--	--

## 2. ENCUESTAS



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

### DATOS GENERALES

- **EDAD**
  - a) 35 – 45 AÑOS
  - b) 46 – 55 AÑOS
  - c) MAYOR 56 AÑOS
  
- **SEXO**
  - a) FEMENINO
  - b) MASCULINO
  
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN**
  - a) PRIMARIA
  - b) SECUNDARIA
  - c) SUPERIOR
  
- **TIEMPO QUE TIENE RECIBIENDO HEMODIALISIS**
  - a) MENOR DE 1 AÑO
  - b) 1 – 3 AÑOS
  - c) 3 – 5 AÑOS
  - d) MAYOR A 5 AÑOS

### CONTENIDO

- **LA FUNCION PRINCIPAL QUE TIENEN LOS RIÑONES ES:**
  - a) ELIMINAR LAS HECES Y LA ORINA
  - b) DIGERIR Y ALMACENAR LOS ALIMENTOS EN NUESTRO ORGANISMO
  - c) ELIMINAR SUSTANCIAS TOXICAS DEL ORGANISMO POR MEDIO DE LA ORINA
  - d) NA / NO SABE



- LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL ES:
  - a) CUANDO LOS RIÑONES DEJAN DE FUNCIONAR PERO SE PUEDEN CURAR
  - b) CUANDO LOS RIÑONES DEJAN DE FUNCIONAR Y SE NECESITA UN TRATAMIENTO QUE REEMPLACE LA FUNCION RENAL
  - c) CUANDO LOS RIÑONES DEJAN DE FUNCIONAR Y NO SE PUEDEN CURAR
  - d) NA/ NO SABE
  
- LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL SON:
  - a) ACCIDENTES DE TRANSITO
  - b) ENFERMEDADES COMO: DIABETES Y LA PRESION ARTERIAL ALTA
  - c) GOLPES Y CAIDAS
  - d) NA / NO SABE
  
- LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL SON:
  - a) DEBILIDAD Y DOLOR DE CABEZA
  - b) HINCHAZON DEL CUERPO Y CALAMBRES
  - c) MAREOS, NAUSEAS Y VOMITOS
  - d) NA / NO SABE
  
- EL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL CONSISTE EN:
  - a) HEMODIALISIS Y DIETA
  - b) SOLO HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL
  - c) DIALISIS Y TRANSPLANTE RENAL
  - d) NA / NO SABE
  
- LA HEMODIALISIS ES UN PROCEDIMIENTO QUE:
  - a) CURA A LOS RIÑONES
  - b) LIMPIA LA SANGRE
  - c) SOLO ACELERA EL METABOLISMO
  - d) NA / NO SABE
  
- EL PESO SECO Y/O PESO IDEAL ES:

- a) EL PESO QUE EL PACIENTE HA SUBIDO DURANTE LOS DIAS QUE NO SE HA DIALIZADO
  - b) EL PESO CON EL QUE QUEDA EL PACIENTE DESPUES DE LA SESION DE DIALISIS DONDE NO PRESENTA EDEMAS NI OTRAS COMPLICACIONES
  - c) EL PESO QUE SIEMPRE HA TENIDO SIN ESTAR EN DIALISIS
  - d) NA / NO SABE
- RESPECTO A LA HIGIENE BUCAL SE RECOMIENDA
    - a) LIMPIEZA DE LA BOCA "SOLO" ANTES DE CADA COMIDA
    - b) UTILIZAR CEPILLOS SUABES QUE NO DAÑEN LAS ENCIAS
    - c) LAVARSE LOS DIENTES UNA SOLA VEZ AL DIA, PARA EVITAR EL DESGASTE DE LOS MISMOS
    - d) EVITAR EL USO DE ENJUAGUES BUCALES
- LOS CUIDADOS DE LA FISTULA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL SON:
    - a) RECOSTARSE SOBRE EL BRAZO DE LA FISTULA AL MOMENTO DE DORMIR PARA MANTENER EL BRAZO MAS CALIENTE
    - b) EXTRAER SANGRE O TOMAR PRESION ARTERIAL EN EL BRAZO DE LA FISTULA PARA OBTENER UN RESULTADO MAS EXACTO
    - c) PALPAR Y OBSERVAR TODOS LOS DIAS LA FISTULA, DEBIENDO AVISAR CUALQUIER CAMBIO QUE SE PRESENTE
    - d) NA / NO SABE
- REALIZAR EJERCICIOS DE COMPRESION CON UNA PELOTA DE GOMA, SE RECOMIENDA PORQUE:
    - a) PERMITE UN MAYOR DESARROLLO DE LAS MANOS
    - b) DISMINUYE EL DOLOR DE LA FISTULA
    - c) AYUDA A QUE LA FISTULA TENGA UN MEJOR DESARROLLO
    - d) NA / NO SABE
- LAS INFECCIONES DEL ACCESO VASCULAR / FISTULA SE DEBEN A:
    - a) UNA MALA DESINFECCION DE LA ZONA PUNCION
    - b) USAR ROPA APRETADA EN EL AREA DE LA FISTULA
    - c) UNA CONTINUA EXTRACCION DE SANGRE DE LA FISTULA
    - d) NA / NO SABE

- CUANTOS KILOS DE PESO PUEDEN GANAR EN EL PERIODO INTERDIALITICO:
  - a) MENOS DE 1 KG
  - b) DE 1 A 3 KG
  - c) MAS DE 3 KG
  - d) NA / NO SABE
  
- SON CONSIDERADOS COMO "LIQUIDOS Y/O QUE LOS CONTIENEN":
  - a) PAPA, PLATANO, AGUA
  - b) GELATINA, SOPA, MAZAMORRAS
  - c) HABAS, MENESTRAS, FRUTAS
  - d) NA / NO SABE
  
- USTED CREE QUE LA DISMINUCION DE LA CANTIDAD DE LIQUIDOS QUE TOMA DIARIAMENTE:
  - a) LE AYUDA A DISMINUIR LAS NAUSEAS Y VOMITOS
  - b) LE SIRVE PARA QUE FUNCIONEN MEJOR LOS RIÑONES
  - c) EVITA LA ACUMULACION DE LIQUIDO EN EL CUERPO
  - d) NA / NO SABE
  
- LOS MOTIVOS POR LOS CUALES USTED DEBE ACUDIR URGENTEMENTE AL SERVICIO DE NEFROLOGIA SON:
  - a) SANGRADO
  - b) SIGNOS INFLAMATORIOS DE LA FISTULA (ROJO, CALOR, DOLOR)
  - c) AUSENCIA DE LA VIBRACION DE LA FISTULA
  - d) TODAS LAS ANTERIORES
  
- SE RECOMIENDA TOMAR MEDICAMENTOS PARA:
  - a) CURAR A LOS RIÑONES
  - b) DISMINUIR LA HINCHAZON DEL CUERPO
  - c) MANEJAR LAS COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL
  - d) NA / NO SABE
  
- MARQUE LAS COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL QUE USTED CONOCE:
  - a) ANEMIA
  - b) INFECCIONES DE LA FISTULA

- c) INFECCIONES URINARIAS
- d) SABOR AMARGO DE BOCA
- e) GASTRITIS Y/O ULCERAS
- f) HEMORRAGIAS
- g) ENCEFALOPATIA UREMICA
- h) OSTEODISTROFIA RENAL
- i) PERICARDITIS
- j) OTROS

- LA ANEMIA SE PRODUCE POR:

- a) LA DISMINUCION DE LA PRODUCCION DE UNA SUSTANCIA EN EL RIÑON
- b) HERENCIA
- c) INGERIR MUCHOS LIQUIDOS
- d) NA / NO SABE

- LA PRESION ALTA SE PRODUCE POR:

- a) BAJA DE PESO ENTRE DIALISIS
- b) TOMAR BAJO EN SAL EN LAS COMIDAS
- c) COMER COMIDA CON SAL
- d) NA / NO SABE

- EL MAL SABOR DE BOCA EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIALISIS SE DEBE A:

- a) NO LAVARSE LA BOCA
- b) LA ACUMULACION DE UREA EN SANGRE
- c) LA DISMINUCION DE LA HORMONA "ERITROPOYETINA"
- d) NA / NO SABE

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.  
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO**

**APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los terminos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: ...../...../.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

## FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

#### APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los terminos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: ...../...../.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO