



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores de riesgos asociados a disfunción fistula
arteriovenosa autóloga en pacientes ambulatorios en
hemodiálisis Clínica Ventanilla Lima. 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTOR:

Br. María Del Pilar Acosta Villalba

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ -2018

Dr. Luis Alberto Nuñez Lira
Presidente

Mgtr. Janet Cenayra Josco Mendoza
Secretario

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
Vocal

Dedicatoria

A Dios por guiar mis pasos y permitir vivir este momento especial en mi vida. A mis padres por su amor, comprensión y enseñarme la perseverancia y esfuerzo para lograr mis sueños.

A mis hermanas Mercedes y Belén por su apoyo incondicional las quiero mucho.

Agradecimiento

Gracias a la universidad por haberme permitido formarme, a mi asesor el Dr. Vertiz por su dedicación y apoyo en el desarrollo y avance de mi tesis, y con mucho cariño a mi jeja Lic. Sandoval por su apoyo para la realización y ejecución de la tesis. Agradezco a mis padres que me dieron ánimos para seguir avanzando y hacer posible la terminación de mi tesis. A mi madrina Aida que con su amor y confianza en mí hizo posible lograr este sueño. A mi novio Cristian que me apoyo y alentó para continuar cuando estaba dándome por vencida. A mis pacientes que por ellos soy enfermera.

Declaración de autenticidad

Yo, Acosta Villalba María Del Pilar, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 444338661, con la tesis titulada “Factores de riesgos asociados disfunción fistula arteriovenosa autóloga pacientes ambulatorios hemodiálisis Clínica Ventanilla Lima. 2017”, declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para optar algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 8 de mayo de 2018

.....
Br. Acosta Villalba María Del Pilar.
DNI 44338661

Presentación

A los Señores Miembros del Jurado de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, Filial Los Olivos presento la Tesis titulada: "Factores de riesgos asociados disfunción fistula arteriovenosa autóloga pacientes ambulatorios hemodiálisis Clínica Ventanilla Lima. 2017"; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado de: Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

La presente investigación está estructurada en siete capítulos. En el primero se expone los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de las dos variables y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis. En el capítulo dos se presenta las variables en estudio, la operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo y el tratamiento de hipótesis. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. El quinto capítulo está refrendado las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se fundamenta las recomendaciones y el séptimo capítulo se presenta las referencias bibliográficas. Finalmente se presenta los Anexos correspondientes.

Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Realidad Problemática	14
1.2. Trabajos previos	15
1.3. Teorías relacionadas al tema	22
1.4. Formulación del Problema	32
1.5. Justificación del estudio	34
1.6. Hipótesis	35
1.7. Objetivos	37
II. METODO	39
2.1. Diseño de investigación	40
2.2. Variables, operacionalización	41
2.3. Población y muestra	43
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	44
2.5. Métodos de análisis de datos	46
2.9 Aspectos éticos	46
III. RESULTADOS	47
IV. DISCUSIÓN	63
V. CONCLUSIONES	68

VI. RECOMENDACIONES	71
VII. REFERENCIAS	74
Anexos	80
Anexo 1. Instrumentos	81
Anexo 2. Matriz de consistencia	84
Anexo 3. Base de datos	87
Anexo 4. Autorización	89
Anexo 5. Artículo Científico	90

Índice de tablas

Tabla 1	Operacionalización de la variable Factores de Riesgo	42
Tabla 2	Operacionalización de la variable Fístula	42
Tabla 3	Distribución de pacientes con hemodiálisis según edad y disfunción de fístula arteriovenosa	48
Tabla 4	Distribución de pacientes con hemodiálisis según sexo y disfunción de fístula arteriovenosa	49
Tabla 5	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de diabetes y disfunción de fístula arteriovenosa	50
Tabla 6	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de hipotensión arterial y disfunción de fístula arteriovenosa	51
Tabla 7	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de Obesidad y disfunción de fístula arteriovenosa	52
Tabla 8	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de Dislipidemia y disfunción de fístula arteriovenosa	53
Tabla 9	Distribución de pacientes con hemodiálisis según localización de Fístula arteriovenosa y disfunción de fístula arteriovenosa	54
Tabla 11	Distribución de pacientes con hemodiálisis según técnica de canulación y disfunción de fístula arteriovenosa	55
Tabla 12	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 1	56
Tabla 13	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 2	57
Tabla 14	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 3	58
Tabla 15	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 4	58
Tabla 16	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 5	59
Tabla 17	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 6	60
Tabla 18	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 7	60
Tabla 19	Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 8	61

Índice de figuras

Figura 1	Distribución de pacientes con hemodiálisis según edad y disfunción de fístula arteriovenosa	48
Figura 2	Distribución de pacientes con hemodiálisis según sexo y disfunción de fístula arteriovenosa	49
Figura 3	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de diabetes y disfunción de fístula arteriovenosa	50
Figura 4	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de hipotensión arterial y disfunción de fístula arteriovenosa	51
Figura 5	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de Obesidad y disfunción de fístula arteriovenosa	52
Figura 6	Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de Dislipidemia y disfunción de fístula arteriovenosa	53
Figura 7	Distribución de pacientes con hemodiálisis según localización de Fístula arteriovenosa y disfunción de fístula arteriovenosa	54
Figura 8	Distribución de pacientes con hemodiálisis según técnica de canulación y disfunción de fístula arteriovenosa	55

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general el determinar los factores de riesgos asociados a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017; la muestra considero 51 pacientes portadores de Fístula arteriovenosa autóloga de los cuales 05 de los pacientes presentaron disfunción de fístula arteriovenosa en hemodiálisis Clínica Ventanilla- Lima 2017, en los cuales se ha empleado la variable: Factores de riesgos y Fístula arteriovenosa autóloga.

El método empleado en la investigación fue el hipotético deductivo, esta investigación utilizó para su propósito el diseño no experimental de nivel descriptivo, que recogió la información en un período específico, que se desarrolló al aplicar el instrumento: Registro estadístico de historia clínica, cuyos resultados se presentan gráfica y textualmente.

La investigación concluye que existe evidencia significativa para afirmar que: Los factores observados si están asociados significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, p -valor < 0.05 , por lo cual se rechazó la hipótesis nula en las hipótesis específicas planteadas para dichos factores. Siendo el más significativo y de mayor riesgo, el factor referido a la obesidad.

Palabras clave: Factores de riesgos y Fístula arteriovenosa autologa.

Abstract

The main objective of the present investigation was to determine the risk factors associated with Arteriovenous Fistula Dysfunction in patients with hemodialysis at Clínica Ventanilla - Lima, 2017; The sample included 51 patients with Functional Fistula and five a Fistula Dysfunction in patients on hemodialysis Clínica Ventanilla-Lima 2017, in which the following variable was used: Risk Factors and Fistula

The method used in the research was the hypothetical deductive, this research used for its purpose the non-experimental design of descriptive level, which collected the information in a specific period, which was developed when applying the instrument: Statistical record of clinical history, whose results they are presented graphically and textually.

The investigation concludes that there is significant evidence to affirm that: The observed factors if they are significantly associated to arteriovenous fistula dysfunction, p-value <0.05 , for which reason the null hypothesis was rejected in the specific hypotheses proposed for said factors. Being the most significant and of greater risk, the factor referred to obesity.

Key words: *Risk factors and Fistula arteriovenous.*

I. Introducción

1.1. Realidad problemática.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una entidad de prevalencia e incidencia creciente debido a una mayor longevidad de la población y capacidad de tratamiento de las nefropatías y constituye en la actualidad un problema de salud pública a nivel mundial.

La mayoría de los pacientes en insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) desarrollan la enfermedad por presencia de diabetes mellitus (DM) (40.3%) seguida de hipertensión (21.1%), glomerulonefritis (11%) y otras desconocidas en el resto de los casos (27.6%).

Un acceso vascular (AV) permeable es la piedra angular de la hemodiálisis, éste puede ser conseguido por la inserción de un catéter venoso central, la creación quirúrgica de una fístula arteriovenosa (FAV) o injerto arteriovenosa.

Desde que Kolff en 1944 diseñó la primera máquina para hemodiálisis se han implementado una gran cantidad de técnicas innovadoras como vías de acceso para hemodiálisis. En 1960 Quinton, Dillar y Scribner diseñaron la primera fístula externa de teflón con pobre durabilidad por su tendencia a la infección y trombosis. En 1966 Brescia y Cimino introdujeron la fístula arteriovenosa interna radiocefálica, que constituye una de las vías de acceso para hemodiálisis permanente y de mayor utilidad.

La morbilidad y mortalidad del paciente en hemodiálisis tiene una relación directa con el tipo de acceso vascular. El riesgo de complicaciones infecciosas en el inicio del tratamiento de hemodiálisis se multiplica por 4 veces cuando se utiliza un catéter venoso central (CVC) comparado con la fístula arteriovenosa autóloga (FAVa) o protésica (FAVp) y hasta por 7 veces cuando el catéter venoso central es temporal así mismo, hay un significativo riesgo de mortalidad asociado con el uso de catéter venoso central.

Son numerosas las circunstancias asociadas a la comorbilidad del paciente con insuficiencia renal crónica terminal que pueden influir en un adecuado desarrollo y duración de la fistula arteriovenosa autologa, con respecto a los factores que conllevan un riesgo de fracaso de la fistula arteriovenosa autologa se encuentran, en primer lugar, la presencia de comorbilidades asociadas a un peor pronóstico del acceso vascular como: edad avanzada, sexo femenino, presencia de diabetes mellitus (DM), artropatía periférica, dislipidemia, hipotensión, obesidad, y otros como catéter venoso central previo, localización de fistula arteriovenosa, y técnicas de punción.

Lo que obliga a un conocimiento previo de todos los factores implicados (nefrólogos, cirugía vascular, radiología intervencionista, enfermeras).

Se ha demostrado que una eficiente gestión del equipo multidisciplinar puede redundar en un descenso de la prevalencia de catéteres y así disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes renales y por consiguiente disminuir el gasto en salud, con un buen cuidado, manejo y vigilancia de la fistula arteriovenosa para lograr mayor duración de estas y mejora de calidad de vida para los pacientes en hemodiálisis.

1.2. Trabajos Previos.

1.2.1. Antecedentes Internacionales.

Planche, Suárez y Frómeta (2016) en su investigación titulado “Factores pronósticos de las complicaciones de las fístulas arteriovenosas autólogas para hemodiálisis” cuyo objetivo fue: determinar los factores de pronóstico sobre la aparición de complicaciones en pacientes con una fístula arteriovenosa, con una muestra de 300 pacientes a los cuales se creó un acceso vascular mediante una fístula arteriovenosa como vía de tratamiento hemodialítico, durante el período señalado, se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, realizado en el servicio de Angiología y Cirugía vascular del Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba durante el trienio 2012- 2015,

entre los resultados principales predominaron el sexo femenino (52,7%), el grupo etario de 51-60 años (55,6%), la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como factores de riesgo más comunes, así como la complicación de la FAV a nivel de la muñeca, principalmente en las féminas (34,2 %), se concluyó que las complicaciones de la fístula arteriovenosa dependen de la presencia o no de factores de riesgo, que pueden ser un marcador negativo que afecta la calidad de vida del paciente y por sí mismos determinan el tiempo de supervivencia.

Delgado, Ruiz, Latorre y Crespo, (2016) en su investigación titulada : “Factores que influyen en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna y su relación con la técnica de punción”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo más influyentes en el fracaso de las fistulas arteriovenosa se realizó la revisión sistemática no meta analítica de 38 artículos publicados entre el año 2001 y 2016, la mayoría de ellos estudios observacionales con búsqueda de información en las bases de datos Medline, Proquest, Scopus y Google Scholar y se incluyeron artículos en español, inglés y francés con muestras evaluadas son iguales o mayores a 30 pacientes y llegaron a las siguientes conclusiones : los factores que influyen negativamente en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna son: edad avanzada, género femenino, diabetes, estado inflamatorio, episodios de hipotensión, localización distal y uso previo de catéter venoso central ,y sus resultados tras el análisis de todas las variables se encontró que la edad avanzada, el género femenino, estado inflamatorio y de coagulación, la diabetes, episodios de hipotensión, localización y uso de catéter venoso central influyen negativamente en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna, en cuanto a la influencia de las diferentes técnicas de punción de la fístula, en la supervivencia de la misma, no hay datos concluyentes a favor de la ninguna técnica.

Molina, Gutiérrez y Orret (2015) en su investigación titulado: “Comportamiento de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis en el anciano” cuyo objetivo fue observar el comportamiento de las fístulas arteriovenosas en pacientes de 65 años o más en régimen de hemodiálisis, se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en pacientes de 65 años o más a los que se

le construyó una fístula arteriovenosa entre marzo de 2011 y marzo de 2013 en el servicio de hemodiálisis del Instituto de Nefrología de la Habana, el grupo de estudio fue de 58 pacientes, y llegaron a las conclusiones: las fístulas arteriovenosas autólogas pueden ser realizadas como primera opción en pacientes de 65 años o más y se obtienen tasas de supervivencia adecuadas, comparables a las de otros grupos de pacientes, sus resultados fueron: hubo predominio del sexo masculino (55,2%), las enfermedades de base que más se observaron fueron la diabetes mellitus (43,1%) y la hipertensión arterial (37,9%), las complicaciones que más se registraron fueron: flujo insuficiente (15,2%) y trombosis (12,1%), mostraron mayor supervivencia las fístulas arteriovenosas en hombres (78%), en pacientes no diabéticos (73%) y las de localización radio cefálica (73%), la supervivencia primaria global al año de las fístulas arteriovenosas en nuestros pacientes fue de 69,0%.

Hernández, Ruiz y Tapia (2015) en su investigación titulado: "Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. experiencia en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del ISSSTE en Zapopan Jalisco, cuyo objetivo fue evaluar el comportamiento de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis, fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, análisis: edad, género, factores de riesgo, etiología de la enfermedad renal crónica, número de catéteres venosos centrales colocados previamente, tipo de fístulas y complicaciones, cuya conclusión fue contar con un acceso vascular permanente de forma oportuna debe ser uno de los aspectos primordiales en el manejo integral de los pacientes en hemodiálisis, el enfoque multidisciplinario de la atención de estos pacientes debe de ser la norma, las técnicas de mapeo vascular, la referencia temprana del paciente al cirujano vascular, el control ultrasonográfico de la anatomía del acceso, así como la detección temprana de complicaciones se van convirtiendo en reglas valiosas para el paciente renal crónico en terapia sustitutiva, asimismo, es imperativo el establecimiento de programas para estos pacientes mediante el cuidado de los accesos venosos, como evitar punciones subclavias y canalizaciones en miembros torácicos, lo que podrá incrementar la utilización de fístulas autólogas, principalmente la fístula radio cefálica, que es la que mayor permeabilidad presenta.

Darbas-Barbé, et al,(2015) en su investigación titulado : “Cambio de técnica de punción de la fístula arteriovenosa nativa a partir de los hallazgos ecográficos”, su objetivo fue identificar a los pacientes portadores de una fistula arteriovenosa nativa que se puncionan mediante la técnica del área y que son susceptibles de cambiarla por la técnica escalonada a partir de los hallazgos obtenidos mediante la exploración mediante ecografía doppler, fue un estudio retrospectivo ,transversal y observacional que se efectuó durante el mes de enero de 2016, conto con una muestra 68 pacientes tratados mediante hemodiálisis asistida tres veces por semana que cumplen los siguientes criterios de inclusión: edad superior a 18 años, prevalentes en programa de hemodiálisis con acceso vascular permanente tipo fistula arteriovenosa nativa humeral o radial y puncionado mediante la técnica del área, y llegaron a la conclusiones: la ecografía doppler portátil utilizada “in situ” en la sala de hemodiálisis, es una herramienta valiosa que permite optimizar la técnica de punción de la fistula arteriovenosa nativa , y sus resultados fueron: de un total de 63 pacientes prevalentes en hemodiálisis , se registraron 24 fistulas arteriovenosas protésicas o catéteres y 39 fistula arteriovenosa nativa, de estas, solo nueve se puncionaban mediante la técnica de área (14,4%): seis humero basílicas y tres humero perforantes (edad media 73,0 +- 13,3 anos, 77,7% con alguna comorbilidad),respecto al resultado de los parámetros ecográficos, se objetivo una media de 0,7 + - 0,3 cm de diámetro y 0.5 +-0.3 cm de profundidad en el segmento de vena arterializada que no se punciona y el flujo medio de la arteria humeral fue de 1309,9 +- 966 ml/minuto.

Serrato y Bizuelo (2014) en su investigación titulado: “Determinación del grado de estenosis de la vena subclavia como predictor en el desarrollo de hipertensión venosa en pacientes sometidos a construcción de fístula arteriovenosa autóloga ipsilateral”, cuyo objetivo fue Investigar si en todos los grados de estenosis venosa central está contraindicada la realización de un angioacceso, se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con análisis descriptivo e inferencial; se realizó a 58 pacientes fístula arteriovenosa autóloga ipsilateral al sitio de estenosis de vena subclavia, con seguimiento a seis meses, se determinó clínicamente la funcionalidad del angioacceso, así como la presencia de síndrome de hipertensión venosa, y llegaron a la conclusiones :el

grado de estenosis de la vena subclavia puede predecir el desarrollo de síndrome de hipertensión venosa significativa cuando es $\geq 67.5\%$ y sus resultados fueron: 13 desarrollaron hipertensión venosa significativa, 11 tenían estenosis $> 67.5\%$, no hubo diferencias por sexo, edad, diámetro de anastomosis, localización o configuración del angioacceso. Sólo tres pacientes requirieron desmantelamiento del angioacceso.

Sánchez (2013) en su investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a la disfunción de una fístula arteriovenosa en pacientes con enfermedad renal crónica", el objetivo de este estudio fue detectar factores de riesgo más frecuentes que influyen en la disfunción de una fístula arteriovenosa, con el fin de minimizar las complicaciones estenóticas o trombóticas relacionadas con la fístula arteriovenosa y de esta forma disminuir la elevada morbimortalidad y costes asociados a las complicaciones de la fístula arteriovenosa, se trata de un diseño de caso-control en el que se comparó el grupo que presentó alguna disfunción de su fístula, ya fuera autóloga o protésica con el que no presentó ninguna disfunción para analizar las diferencias entre ambos, las variables se agruparon en tres apartados definidos para organizar los resultados y se estratificó por sexo, edad y por haber padecido o no disfunción de la fístula, la edad y el sexo no influyen en padecer disfunción de la fístula sino que tiene más influencia la dislipemia, el haber comenzado tratamiento con hemodiálisis, el tipo de fístula y el haber portado catéter venoso central.

Molina, Orret, Pérez y Gutiérrez,(2012) en su investigación titulado: "Supervivencia de las fístulas arteriovenosas en pacientes en hemodiálisis" el objetivo de este estudio fue conocer las características generales de esta población de pacientes y cómo ellas se relacionaron con la supervivencia anual de las fístulas arteriovenosas realizadas en este grupo de enfermos, se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal para el que se tomaron 109 pacientes en los que se realizaron 115 fístulas arteriovenosas. estos pacientes asistieron al Instituto de Nefrología de la Habana para realizarse un acceso vascular para hemodiálisis, estos accesos vasculares fueron construidos por el grupo básico de trabajo de cirugía de dicha institución, en el período comprendido

de marzo de 2005 a marzo de 2007, se analizaron los factores de riesgo que podían influir en la supervivencia de las fístulas, y llegaron a las conclusiones: la fístula arteriovenosa autóloga continúa siendo el acceso vascular preferido por su menor índice de complicaciones, es importante la selección previa del sitio adecuado para su creación, la diabetes mellitus es un importante factor de riesgo que influye significativamente en una menor supervivencia de los angioaccesos, encontraron resultados una menor supervivencia o tasa de permeabilidad primaria en los pacientes diabéticos y fístulas de localización braquial, fundamentalmente las humero basilicas, sin presentar una relación estadísticamente significativa este aspecto ($p < 0,05$), el 35% de nuestros pacientes se encontraba en régimen de hemodiálisis al realizarse la fístula arteriovenosa.

Pueyo, et al (2011) en su investigación titulado: “La punción del acceso vascular en hemodiálisis es una necesidad, el método Buttonhole una opción” cuyo objetivo fue introducir del método de punción Buttonhole en nuestra unidad, su metodología fue un estudio descriptivo observacional, realizado en nuestra unidad de hemodiálisis, se han incluido en este estudio todos los pacientes de hemodiálisis portadores de fístula arterio-venosa sana y no protésica, conto con una muestra será de 35 pacientes randomizados aleatoriamente con un periodo de seguimiento de 6 meses, se aplicó estadística descriptiva para las variables t de student para la diferencia entre medias y χ^2 y prueba exacta de Fisher para la de proporciones, considerando significativo $p < 0.05$, análisis de la supervivencia Kaplan-Meier, llegaron a las conclusiones: la técnica Buttonhole disminuye el dolor percibido por el paciente comportando una mayor satisfacción, el Buttonhole es una buena alternativa para accesos poco desarrollados o con problemas de punción favoreciendo las opciones de auto-punción y hemodiálisis domiciliaria.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Leiva (2014) en su investigación titulado “factores pronósticos que inciden en la duración de las fístulas arteriovenosas autólogas (FAVA) para hemodiálisis lima 2012” , para optar el grado de especialista en nefrología en la (USMP) ,cuyo

objetivo fue : determinar factores que inciden en la supervivencia de las fístulas arteriovenosas autólogas (FAVA) para hemodiálisis, contó con una muestra de 138 casos de pacientes quienes portaban este tipo de acceso vascular , fue un estudio de tipo retrospectivo, observacional, analítico y descriptivo, realizado en el departamento de nefrología del hospital nacional PNP “Luis n. Sáenz”, entre enero 2010 a diciembre 2012, y llega los siguientes resultados: la edad promedio fue 53.891 +- 11.161, con un rango de 16 a 73 años, predominando el sexo femenino (62.3%). De 138 (FAVA) supervivieron 87, no funcionando 51, la causa más frecuente de fracaso fue la trombosis (47.80%), seguido de fístula deficiente (35.3%), estenosis (23.5%), aneurisma (2%) e infección del acceso (2%), las etiologías más comunes de la (Enfermedad Renal Crónica estadio V) fueron la diabetes mellitus (43.5%) y la hipertensión arterial (24.4%), las (FAVA) más habituales fueron las de localización radio cefálica.

Paucar (2015) en su investigación titulada “Accesos vasculares en pacientes de hemodiálisis del Hospital Honorio delgado Espinoza” para optar el grado de médico cirujano en la (UCSM) cuyo objetivo fue : describir la situación actual de los accesos vasculares en pacientes de hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza MINSA – Arequipa, conto con una muestra de 110 pacientes, fue un estudio de tipo descriptivo con corte transversal de los accesos vasculares en pacientes de hemodiálisis, la información se obtuvo mediante revisión documental de las historias clínicas y entrevista personal y los resultados fueron : la edad promedio de los pacientes fue de 61.39 años \pm 14, la principal causa de enfermedad renal crónica terminal que se registró fue diabetes mellitus 29.10% (32 casos) seguido por hipertensión arterial 20% (22casos) y causa desconocida 16.40% (18 casos), el tiempo de permanencia en hemodiálisis tuvo una media de 18.22 meses \pm 14,2, el acceso vascular de inicio de hemodiálisis fue preponderantemente catéter temporal 96,40% (106 casos),el tiempo de uso de catéter temporal fue en promedio de 11.30meses \pm 6.59 respecto al acceso vascular actual 41.70% (46 casos) utilizan fístula arteriovenosa, 50% (55 casos) utiliza catéter temporal y 8.30% (4 casos) utilizan permancath, el 30% (33 casos) de pacientes con catéter temporal mantienen

flujos entre <300 ml/min, y el 22,73% (25 casos) de pacientes con fistula arteriovenosa el flujo es mayor a 300 ml/min.

1.3 Teorías relacionadas al tema.

1.3.1 Bases Teóricas de los factores de riesgos

Definición de factor de riesgos en salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2017): “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (p. s/n).

“un factor de riesgo asociado disfunción fistula arteriovenosa autóloga es cualquier rasgo, característica o exposición procedimiento e intervención en un individuo que aumente su probabilidad de tener una fistula con disfunción” (Vélez, 2012, p.490).

“Un factor de riesgo es u habito o una característica de la persona que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o condición en el futuro” (López, 2007, p104)

Factores de riesgo que atribuyen a disfunción de fistula arteriovenosa

Sexo femenino (genero)

En diferentes estudios se ha asociado el fallo de la fistula arteriovenosa autologa, tanto primario como secundario, al género femenino. Por tanto, ser mujer es un factor de riesgo independiente, debido a que generalmente, las mujeres tienen un diámetro vascular más pequeño que los hombres y también se atribuye al mayor tejido adiposo subcutáneo. (Vélez, 2012, p 223)

Edad

Según diversos estudios uno de los factores de riesgo para que se produzca el fallo de la fistula arteriovenosa autóloga, es la edad avanzada, debido a que con el paso del tiempo las paredes de los vasos pierden elasticidad y se endurecen, a lo que se suma que en las personas de edad avanzada son frecuentes enfermedades colaterales a la enfermedad renal crónica como diabetes, hipertensión arterial, o cardiopatías, lo cual también puede influir en la dinámica vascular. (Vélez, 2012, p 223)

Diabetes mellitus

“especialmente con la patología comprometen severamente los vasos sanguíneos, y como el estado de resistencia a la insulina, se han asociado como factores determinantes de la progresión de la arterioesclerosis y enfermedad cardiaca isquémica” (Vélez, 2012, p. 281).

“Distintas series prospectivas demuestran el efecto negativo de la presencia de diabetes en el pronóstico de la FAVa, de menor repercusión en las FAV proximales” (Ibeas y Roca, 2017, p 17).

Hipotensión arterial

“Los episodios repetidos de hipotensión intradiálisis y niveles bajos de presión arterial pre y pos diálisis, se han establecido como factores de riesgo para el fallo de la fistula arteriovenosa autologa” (Vélez, 2012, p. 282).

“La evidencia sugiere un efecto negativo de la hipotensión mantenida en el pronóstico de la fistula arteriovenosa autologa, de un mayor riesgo de trombosis del acceso” (Ibeas y Roca, 2017, p 17).

Obesidad

“El aumento de la obesidad es un factor crítico en la prevalencia de la hipertensión

para la morbilidad cardiovascular y se encuentra relacionado con el daño vascular y fallo de fistula arteriovenosa autologa” (Vélez, 2012, p. 157).

“Es una entidad multifactorial pluripatologica y de gran prevalencia en países desarrollados como subdesarrollados, es un estado físico de excesiva grasa corporal” (Ruiz y Cuesta, 2012, p. 246).

Dislipidemia

“Los altos niveles de colesterol plasmáticos ocasionan lesión de las estructuras vasculares en la formación de la placa aterosclerótica y a su vez favorecen al fallo de fistulas arteriovenosas autologas” (Vélez, 2012, p. 251).

“Se le ha otorgado a los niveles altos de colesterol plasmáticos un protagonismo a la patogenia de la aterosclerosis” (García, 2008, p110)

Localización de fistula arteriovenosa autologa

“El sitio de localización de fistula arteriovenosa es muy importante y tener en cuenta las siguientes condiciones: la primera elección es el miembro superior no dominante, y de elección el antebrazo, ya que este sitio permite que tenga una dilatación venosa suficientemente larga para separar las agujas y poder rotar los sitios de punción” (Vélez, 2012, p. 491).

Existe abundante bibliografía, que ha concluido que una localización distal para la creación del acceso vascular está directamente relacionada con el fallo del mismo, tanto primario como secundario. A pesar, de que se suele preferir la construcción de la FAVI en una zona distal de miembros superiores, generalmente radio-cefálica, para preservar zonas más proximales y utilizarlas en caso de fallo de la primera, las FAVI radio-cefálicas presentan mayor tasa de fallo en la maduración que las baquio-cefálicas o baquio-basílicas. (Delgado Ramírez, 2016, p. 10)

“Esto puede ser debido a que el calibre arterial está inversamente relacionado con la tasa de trombosis, por tanto, la arteria braquial al ser de mayor calibre que la arteria radial, provoca menos incidencia de trombosis, aunque mayor incidencia del síndrome de "robo arterial" (Delgado Ramírez,2016, p.10)

Técnica de punción

Se han descrito tres tipos diferentes de técnicas de punción:

Técnica de la punción escalonada o rotatoria (aguja de punta afilada)

Es el método de punción de elección para la mayoría de los pacientes. Las punciones se distribuyen regularmente a lo largo de toda la longitud de la vena arterializada de fistula arteriovenosa autóloga. En cada sesión de hemodiálisis, se escogen 2 nuevos sitios para la colocación de la aguja permitiendo de este modo la cicatrización de la piel entre las sesiones de hemodiálisis. Con esta técnica, se produce un aumento moderado del diámetro a lo largo de toda la longitud de la vena arterializada con ausencia o desarrollo mínimo de aneurismas (se evita el debilitamiento progresivo de la pared de la vena secundario al flujo de retorno sanguíneo cuando éste incide siempre en el mismo punto). (Guía de Access vasculares, 2016, cap.4)

Técnica del área o de la punción circunscrita en la misma área (aguja de punta afilada)

Los motivos principales para el uso de este método son: longitud limitada de la vena arterializada, ruta difícil para la canulación. Esta técnica consiste en la punción repetida en una zona muy circunscrita de la vena arterializada lo que produce la lesión de la pared venosa con la formación de aneurismas en la fistula arteriovenosa autóloga, riesgo de pseudoaneurismas. Por tanto, este método debe evitarse siempre que sea posible. (Guía de Access vasculares, 2016, cap.4)

Técnica del ojal o buttonhole o de punción constante en el mismo sitio (aguja de punta roma)

Las punciones se realizan siempre a través del mismo orificio en todas las sesiones de hemodiálisis (la misma entrada en la piel, el mismo ángulo de entrada y la misma profundidad de entrada a la vena). Después de la creación de un túnel subcutáneo de tejido fibroso cicatricial, el acceso a la circulación se consigue con una aguja de punta roma que elimina el riesgo de desgarros y sangrado dentro del mismo.

Esta técnica se basa en la inserción de una aguja de punta afilada en el mismo sitio y en el mismo ángulo de entrada de forma repetida, de preferencia por un único canulador, en el transcurso de seis a diez sesiones de hemodiálisis. (Guía de Access vasculares, 2016, cap.4)

Retirada de las agujas

La técnica de retirada de las agujas es tan importante como la punción ya que debe proteger a la fistula arteriovenosa autóloga, evitando cualquier lesión adicional (desgarros) y facilitar una hemostasia apropiada. Cada aguja debe retirarse aproximadamente en el mismo ángulo en que fue insertada. La presión en el lugar de la punción no debe iniciarse hasta que la aguja se ha eliminado por completo para no dañar a la FAV. (Guía de Access vasculares, 2016, cap.4)

1.3.2. Base teórica fistula arteriovenosa autóloga

Fistula arteriovenosa autóloga funcionante

“Consiste en la elaboración de una anastomosis arteriovenosa con el objeto de aumentar el flujo sanguíneo a través de la vena, de tal manera que al ser puncionada se pueda extraer una cantidad de sangre entre 250 y 400 milímetros por minuto” (Vélez, 2012, p. 491).

“La fistula arteriovenosa para hemodiálisis ideal debe cumplir al menos tres requisitos: permitir el acceso seguro y repetido del sistema vascular del paciente, proporciona flujo suficiente para administrar la dosis de hemodiálisis, presentar pocas complicaciones” (García, 2009, p. 99).

Fistula arteriovenosa autóloga disfuncionante

“Complicación de cualquier tipo (obstrucciona, trombótica, etc.) que altera el funcionamiento normal del acceso vascular”. (García, 2009, p.55)

“Es la pérdida al acceso vascular que se origina por múltiples factores internos y externos que conlleva a la dificultad de realizar hemodiálisis en pacientes renales con tratamiento sustitutivo renal.” (Huaroc, 2012 p. 26)

Vigilancia del acceso vascular de diálisis

La monitorización del acceso vascular de diálisis importante para alargar la vida útil del mismo.

“Un acceso que comienza a fallar debe de identificarse cuanto antes para permitir realizar una intervención preventiva. Esta ampliamente demostrado la utilidad de un sistema de vigilancia y monitorización del acceso vascular para reducir la tasa de trombosis” (Gonzales, 2008, p. 100)

“La disminución del flujo es progresiva y está casi siempre causada por el desarrollo progresivo de estenosis arteriales o venosas. Una tendencia hacia la disminución del flujo debe ser una alerta para su adecuado seguimiento”(Gonzales, 2008, p. 100).

“Para valorar estas tendencias se utilizan los procedimientos rutinarios y protocolizados, basados en la exploración física, datos analíticos y parámetros hemodinámicos, que se emplean para comprobar el funcionamiento correcto del acceso vascular y detectar su disfunción” (Gonzales, 2008, p. 100).

Procedimientos para la detección de disfunciones

Los métodos a utilizar son:

Examen físico con la realización de una inspección sistemática del acceso:

Observación (edema, hematomas, etc.), palpación (Thrill, zonas de endurecimiento, etc.) y auscultación (soplo) siempre antes de las punciones, y tras finalizar la sesión hemodiálisis. Desarrollo escaso o anómalo de una fístula arterio-venosa (maduración tardía).

Desarrollo de la sesión de diálisis: Dificultad en la canulación. Registro de la presión arterial negativa, flujo de bomba y presión venosa durante la hemodiálisis; se considerará anormal el aumento de la presión arterial negativa, la imposibilidad de alcanzar flujos de bomba previos, y/o el aumento de la presión venosa con el flujo habitual, tez de oclusión, respecto a los valores en sesiones previas. Aumento del tiempo de sangrado pos punción (Gonzales, 2008, p 101).

Examen físico

“El examen físico sistemático del acceso vascular ha demostrado su eficacia en la detección de la disfunción del mismo. Este se realizará mediante la observación directa, palpación y auscultación del acceso vascular, antes y después de cada sesión de diálisis” (Segura, 2017, p.151).

Observación

“Se valorará todo el trayecto venoso, apreciando la existencia de hematomas, estenosis visibles, aneurismas, pseudoaneurismas, edema, frialdad del miembro, enrojecimientos, puntos purulentos y tiempo de hemostasia tras la retirada de agujas” (Segura, 2017, p.151).

“La presencia de edema severo y progresivo, cianosis, calor y/o circulación colateral en el miembro del acceso vascular son signos indicativos de hipertensión venosa por obstrucción proximal total o parcial. El no tratamiento de esta complicación puede progresar hacia necrosis tisular” (Segura, 2017, p.151).

Palpación

Se valorará el thrill del acceso vascular en la anastomosis y en todo el trayecto venoso. El thrill debe ser uniforme en todo el trayecto y disminuir de intensidad a medida que nos alejamos de la anastomosis. En prótesis, la presencia de thrill en toda su longitud, desde la anastomosis arterial a la venosa, garantiza un flujo superior a 450 mL/min. La existencia de un thrill débil, así como la palpación de un pulso discontinuo y saltón, son signos sugestivos de estenosis o trombosis. (Segura, 2017, p.151)

Auscultación

Se valorará el soplo del acceso en la anastomosis y en todo el trayecto venoso. En los accesos vasculares con buena función se ausculta un soplo continuo y suave que progresivamente disminuye en intensidad. En accesos vasculares previamente desarrollados, la disminución de la intensidad del soplo se relaciona con la existencia de estenosis a nivel de la anastomosis. La existencia de un soplo sistólico discontinuo y agudo (piante) en el trayecto venoso indica la existencia de una lesión, y es debido al paso de la sangre por la zona estenótica. (Segura, 2017, p.151)

Test de oclusión

Procedimiento

Verifique y registre los valores de la resistencia arterial y resistencia venosa en el monitor de la máquina previo a la oclusión. Presionar con el dedo en una zona equidistante entre los puntos de canulación. Verifique y registre las resistencias

obtenidas durante la oclusión. Valoración e interpretación de resultados: Normal: si, la resistencia venosa disminuye y la resistencia arterial se incrementa. Positivo estenosis venosa: si, la resistencia venosa se incrementa y la resistencia arterial disminuye. Positiva estenosis arterial: colapso de la resistencia arterial y la resistencia venosa. Puede no modificarse. (Manual de normas y procedimientos de enfermería para atención de paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.2012, p. 47)

Test de presión venosa

“Es la observación de la resistencia venosa en el monitor de la maquina durante los 5 primeros minutos de haber realizado el tratamiento dialítico para confirmar estenosis” Manual de normas y procedimientos de enfermería para atención de paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.2012, p. 47).

El flujo de bomba debe estar 200 a 225cc/min. Valoración e interpretación de los resultados: < 100 mmhg en tres sesiones consecutivas: normal; > 100 mmhg en tres sesiones consecutivas: positivo. (Manual de normas y procedimientos de enfermería para atención de paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.2012, p. 47)

Indicadores clínicos de disfunción del acceso

La exploración física es un método rápido y simple para valorar la fistulas y los injertos arteriovenosos. La presencia de nuevos hallazgos o cambios anómalos deben dar lugar a una evaluación más detallada del acceso vascular. Se debe fomentar que las enfermeras examinen el acceso vascular antes de pincharlo en cada sesión de diálisis. Normalmente existe un flujo relativamente rápido y una caída de presión a través del acceso por la baja resistencia del sistema venoso. Esto da lugar al frémito fácilmente palpable y a la disminución del latido arterial más allá de la anastomosis (Allen, 2010, p. 38).

La exploración física de la fistula arteriovenosa debería incluir la búsqueda del flujo venoso pulsátil y de colaterales múltiples (Allen, 2010, p. 38)

Una fistula pulsátil sugiere la presencia de un flujo venoso inadecuado debido a la estenosis o a que el calibre de la vena es inadecuado. La existencia de múltiples colaterales puede limitar el desarrollo de una vena dominante que se pueda pinchar. Una fistula arteriovenosa que se haya utilizado durante algún tiempo puede comenzar a engrosarse en las zonas de punciones repetitivas .si el paciente o el personal observan que estas zonas aumentan de tamaño de forma rápida en pocos días o semanas, se debe considerar la existencia de una estenosis venosa (Allen, 2010, p. 38).

Indicios de disfunción del acceso relacionados a sesión de diálisis

Algunos incidentes u otros hallazgos relacionados con el proceso de diálisis deberían alertar con prontitud acerca de la aparición de problemas en el acceso. El deterioro del funcionamiento del acceso puede causar una reducción de la diálisis adecuada. Entre los posibles mecanismos se incluyen la disminución de la velocidad de la bomba sanguínea por alarmas de presión arterial o venosa o aumento de la recirculación del acceso, que conducen a la disminución del aclaramiento eficaz. La hemorragia prolongada en las zonas de punción al finalizar la diálisis suele ser debida al desarrollo de estenosis del acceso en la salida. Esta circunstancia se produce por aumento en la presión del acceso debido a estenosis en otra zona, y constituye el hallazgo subyacente principal cuando se utiliza la presión en el interior del acceso como prueba de detención selectiva (Allen, 2010, p. 39)

Determinantes del flujo vascular

El propósito del acceso vascular en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal consiste en proporcionar suficiente flujo sanguíneo para la hemodiálisis. El flujo sanguíneo vascular está en función de la presión arterial, del flujo arterial y de la presencia de estenosis en la salida venosa o interior del injerto. El flujo

sanguíneo mínimo necesario es de 400 a 500 ml/min. Para evitar la recirculación y la reducción de la diálisis adecuada (Allen, 2010, p. 39)

Indicadores clínicos de disfunción de la fistula arteriovenosa autologa

“Empeoramiento de la diálisis adecuada, hemorragia prolongada por las punciones, hallazgos durante la exploración física, hinchazón del brazo, fistula pulsátil, pérdida de frémito, colapso de la fistula durante la diálisis (flujo inadecuado), colaterales múltiples, rápido aumento de aneurismas “(Allen, 2010, p. 40).

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

1.4.2. Problemas Específicos

Problema específico 1

¿Es la edad un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 2

¿Es el sexo femenino un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 3

¿Es la diabetes un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 4

¿Es la hipotensión arterial un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 5

¿Es la obesidad un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 6

¿Es la dislipidemia un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 7

¿Es la localización de fístula arteriovenosa un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

Problema específico 8

¿Es la técnica de canulación un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?

1.5. Justificación del estudio

1.5.1. Justificación Práctica

Actualmente hay un aumento de defunción de fistulas arteriovenosas que conllevan a complicaciones intradialíticas del paciente y deterioro de la calidad de vida. Por este motivo considera realizar un estudio que permita mejorar la identificación de los factores de riesgo que se asocian en la disfunción de la fistula arteriovenosa autóloga en pacientes en ambulatorios de la clínica Ventanilla. Y trabajar con ello en el cuidado, valoración, seguimiento de fistulas arteriovenosas y alargar la duración de la fistula arteriovenosa. Así minimizar el riesgo de subdialisis que originan mayor complicaciones en los pacientes en la unidad de hemodiálisis, disminución de uso de catéteres centrales y gastos en salud. Además de agregar más información a las escasas publicaciones sobre el tema en nuestro país.

1.5.2. Justificación Teórica

La presente investigación se justifica teóricamente, puesto que permitirá abordar teorías y definiciones que permitan entender cada una de los factores asociados fistula arteriovenosa autóloga, partiendo de la necesidad de entender las implicancias que tienen cada una de ellas en el tratamiento y manejo de los pacientes con fistula arteriovenosa autóloga.

1.5.3. Justificación Metodológica

La presente investigación permitirá aplicar procedimientos metodológicos que permitan una vez recopilada la información con el instrumento de registro estadístico de las historias clínicas, establecer criterios para asociar cada una de los factores con la presencia o no de fístula arteriovenosa autóloga. Estos mismos instrumentos y procedimientos habiéndose demostrado su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otros estudios similares.

1.6. Hipótesis.

1.6.1. Hipótesis general

Los factores de riesgos están asociados significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

1.6.2. Hipótesis específicas.

Hipótesis específica 1

La edad está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 2

El sexo femenino está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 3

La diabetes está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 4

La hipotensión arterial está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 5

La obesidad está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 6

La dislipidemia está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 7

La localización de fístula arteriovenosa autologa está asociado significativamente con la disfunción de Fístula Arteriovenosa autologa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis específica 8

La técnica de canulación está asociado significativamente con la disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgos asociados a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

1.7.2. Objetivos Específicos

Objetivo específico 1

Identificar la edad como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 2

Identificar el sexo como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 3

Identificar la diabetes como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 4

Identificar la hipotensión arterial como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 5

Identificar la obesidad como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 6

Identificar la dislipidemia como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 7

Identificar la localización de fístula arteriovenosa como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Objetivo específico 8

Identificar la técnica de canulación como factor de riesgo asociado a disfunción de fístula arteriovenosa autóloga en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

II. Método

2.1. Diseño de la investigación

Esta investigación es de diseño no experimental “siendo estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.152).

“Correlacional-causal .este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o asociación que exista entre dos conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.93).

“La investigación correlacional tiene en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aportan cierta información explicativa”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.94).

2.1.1. Tipo de estudio

De acuerdo a lo planteado por Abanto (2014) “es usual que la investigación se organice de acuerdo a varios aspectos significativos de la investigación como: finalidad, carácter, naturaleza, dimensión, temporal, orientación que asume“(p.18).

Y siguiendo por lo planteado consideramos que la investigación según su finalidad es una investigación básica porque este tipo se utiliza para obtener nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico e inmediato. Tiene como fin crear un cuerpo de conocimiento teórico sin preocuparse de su aplicación práctica. Se orienta en conocer y persigue la resolución de problemas amplios y de valides general. (Landeau, 2007, p. 55)

Según su naturaleza: es una investigación cuantitativa porque es la modalidad de investigación que ha predominado se centra en los aspectos

observables y susceptibles a cuantificación de fenómenos, utiliza la metodología empírico analítica y se sirve de pruebas estadísticas para el análisis de datos. (Landeau, 2007, p. 57)

“Según alcance temporal: es una investigación transversal porque es un estudio que estudia un aspecto de un acontecimiento en un momento específico o mediante observación”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.157).

Según su orientación se asume: es una investigación orientada a la comprobación porque cuya investigación básica es contrastar teorías. Emplea principalmente la metodología empírico analítica, experimentales, cuasi experimentales, ex post facto, su objetivo es explicar y predecir fenómenos. Utiliza técnica de análisis cuantitativos y enfatiza el contexto de justificación y verificación.

2.2. Variables, Operacionalización

Definición conceptual del variable factor de riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (2017): “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (p. s/n)

“Un factor de riesgos asociados disfunción fistula arteriovenosa autóloga es cualquier rasgo, característica o exposición procedimiento e intervención en un individuo que aumente su probabilidad de tener una fistula con defunción.” (Vélez, 2012, p.490).

Definición conceptual de la variable fístula arteriovenosa autologa

“Una fístula arteriovenosa (AV) es una conexión anormal entre una arteria y una vena. Normalmente, la sangre fluye de las arterias a los capilares y, luego, a las

venas. Los nutrientes y el oxígeno de la sangre pasan de los capilares a los tejidos del organismo” (Vélez, 2012, p.491).

“Con una fístula arteriovenosa, la sangre fluye directamente de una arteria a una vena, sin pasar por algunos capilares. Cuando esto sucede, los tejidos que se encuentran debajo de los capilares por los que no pasó la sangre reciben menor irrigación sanguínea” (Vélez, 2012, p.492).

2.2.1. Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de la variable Factores de Riesgo

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
Edad	18-50=1/60 a mas =0	1	
Sexo	Si=1/No=0	1	No Aplica
Diabetes	Si=1/No=0	1	
Hipotensión arterial	Si=1/No=0	1	
Obesidad	Si=1/No=0	1	
Dislipidemia	Si=1/No=0	1	
Localización de fístula arteriovenosa	Radio Cefálica =1 / Radio Basílica =2 / Humero Cefálica =3 / Humero Basílica =4	1	
Técnica de canulación	Escalera=1/Butolone=2/Area=3	1	

Nota: Registro historias clínicas.

Tabla 2

Operacionalización de la variable Fístula Arteriovenosa Autologa

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
Disfunción	Nº Pacientes	1	No Aplica
Funcional	Nº Pacientes	1	No Aplica

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (Hernández et al, 2014. p. 174)

Constituida por 51 pacientes con la Fistula disfuncionante y Fistula Funcional en pacientes en hemodiálisis Clínica Ventanilla- Lima 2017

Criterios de definición

- Pacientes en hemodiálisis portadores de fistula arteriovenosa mayores de 18 años.
- Historias clínicas completas y fichas de recolección de datos con variables completas.

Criterios de exclusión

- Pacientes en hemodiálisis portadores de fistula protésica.
- Pacientes en hemodiálisis portadores de catéter venoso permanente.
- Historias clínicas incompletas.
- Fichas de recolección con variables incompletas.

2.3.2. Muestra

La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectan datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además debe ser representativo de la población. (Hernández, 2014, p. 173). Al considerarse toda la población en el estudio no existe muestra.

2.3.3. Muestreo

Al considerarse toda la población en el estudio no se aplicarán técnicas muestreo.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnicas.

Técnica de observación fichaje

Respecto a la ficha, esta es la memoria fiel del investigador, el almacén de sus ideas y el depósito donde se acumulan los datos de su investigación, y fuente constante de información creciente y flexible (Hochman y Montero, 1986, p.15).

El fichaje es una técnica fundamental para proceder correctamente en la búsqueda, organización y aprovechamiento de la información, y nos puede evitar contratiempos como el que acabamos de compartir. En esta ocasión nos centraremos en las fichas textuales; en ellas, según Reza, “se trata de transcribir textualmente lo que se toma de la fuente, ya sean medios impresos o electrónicos. Se llaman textuales porque se toma la información tal como aparece en la fuente, sin ninguna modificación por pequeña que esta fuera” (Reza, 1997, p. 294).

2.4.2. Instrumentos.

Ficha Técnica

Nombre del Instrumento: ficha de observación Registro estadístico historias clínicas

Nombre: Registro

Autores: Manual de normas y procedimientos de enfermería para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Resolución de gerencia central de prestaciones de Salud N° 94-Gsps-Essalud-2013

Objetivo: Registrar intervenciones y tratamientos de los pacientes.

Población: Pacientes con fistula arteriovenosa autóloga

Aplicación: Registro Directo

Tiempo de administración: Automático

Normas de aplicación: Personal médico y enfermería registra según corresponda

El instrumento propuesto se presenta en el Anexo

2.4.3. Validez

La validez en términos generales, se refiere al grado en que su instrumento mide realmente la variable que pretende medir. "(Hernández et al. 2013. p. 200)

La validez de esta dada por el formato de documento oficial, que es la ficha de registro de historias clínicas validada por el Ministerio de Salud.

2.4.4. Confiabilidad

"La confiabilidad de un instrumento de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales" (Hernández et al. 2013. p. 200)

Para el caso de la confiabilidad, la información codificada, y registrada en cada historia clínica es invariable, y refleja resultados cuantitativos que permiten evaluar diagnósticamente el estado de cada paciente; así como su evolución.

2.5. Métodos de análisis de datos

Para analizar cada una de las variables se ha utilizado del programa SPSS V. 23, porcentajes en tablas y figuras para presentar la distribución de los datos, la estadística descriptiva, para la ubicación dentro de la escala de medición, para la contratación de las hipótesis se aplica la estadística no paramétrica.

Prueba hipótesis: Para Torres (1997) “La hipótesis es un planteamiento que establece una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema” (p. 129)

Nivel de Significación: Si es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error).

Chi Cuadrado: de independencia mide el nivel de independencia de la variable independiente y dependencia, es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la asociación o relación entre dos variables categóricas. Se simboliza: χ^2 . Hipótesis por probar: correlacionales. Variables involucradas: dos. La prueba Chi cuadrada no considera relaciones causales. Nivel de medición de las variables: nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidos a ordinales) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.318).

2.6. Aspectos éticos

Se seguirán los siguientes principios:

Reserva de identidad de los participantes

Citas de los textos y documentos consultados

No manipulación de resultado.

III. Resultados

3.1. Descripción de variable factores

Tabla 3

Distribución de pacientes con hemodiálisis según edad y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Edad		Total
		51 a mas	18 - 50	
Disfunción de fístula	No	29	17	46
		56,9%	33,3%	90,2%
	Si	0	5	5
		,0%	9,8%	9,8%
Total		29	22	51
		56,9%	43,1%	100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

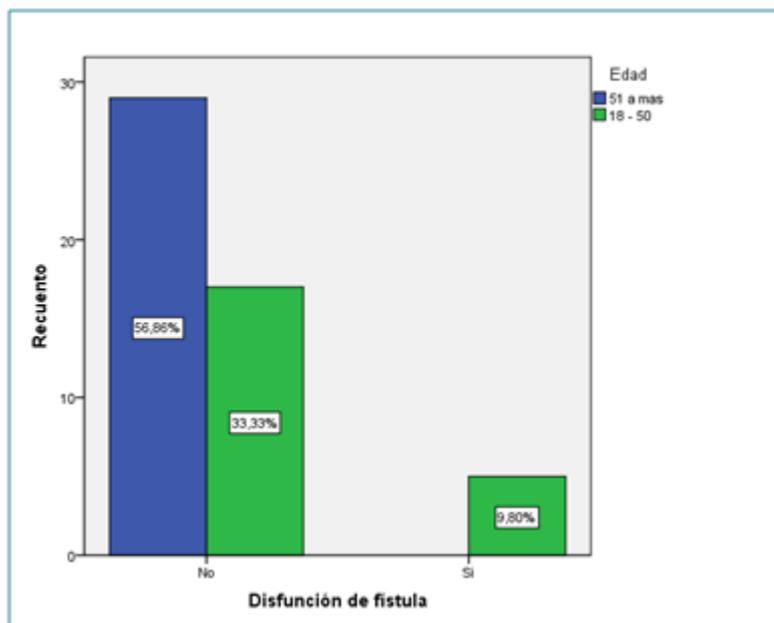


Figura 1. Distribución de pacientes con hemodiálisis según edad y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 1 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (56.9%) no presentan disfunción de fístula con edades entre 51 años y más.

Tabla 4

Distribución de pacientes con hemodiálisis según sexo femenino y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Disfunción de fístula	No	31	15	46
		60,8%	29,4%	90,2%
	Si	1	4	5
		2,0%	7,8%	9,8%
Total		32	19	51
		62,7%	37,3%	100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

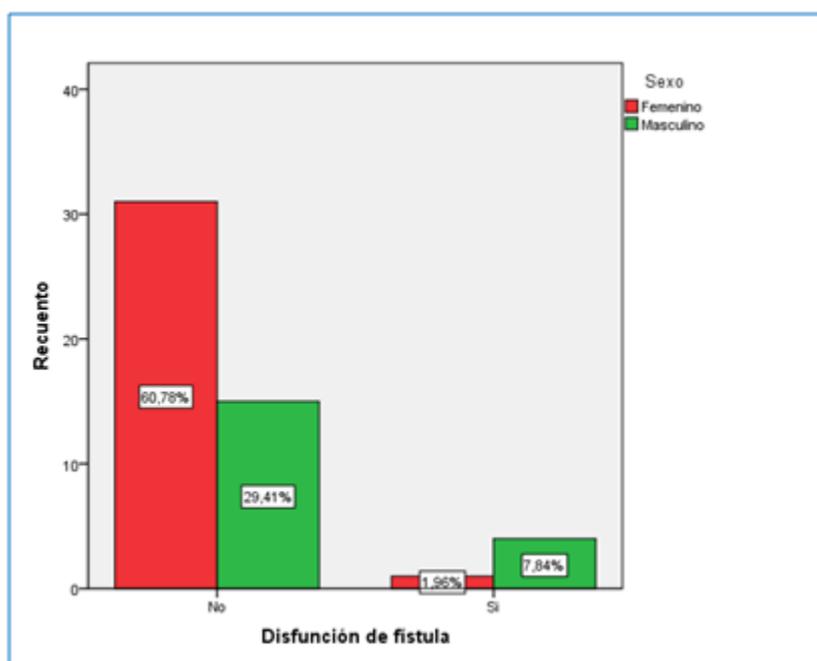


Figura 2. Distribución de pacientes con hemodiálisis según sexo y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación:

Interpretación

En la Figura 2 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (60.8%) son de sexo femenino y no presentan disfunción de fístula.

Tabla 5

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de diabetes y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Diabetes		Total
		No	Si	
Disfunción de fístula	No	37 72,5%	9 17,6%	46 90,2%
	Si	2 3,9%	3 5,9%	5 9,8%
Total		39 76,5%	12 23,5%	51 100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

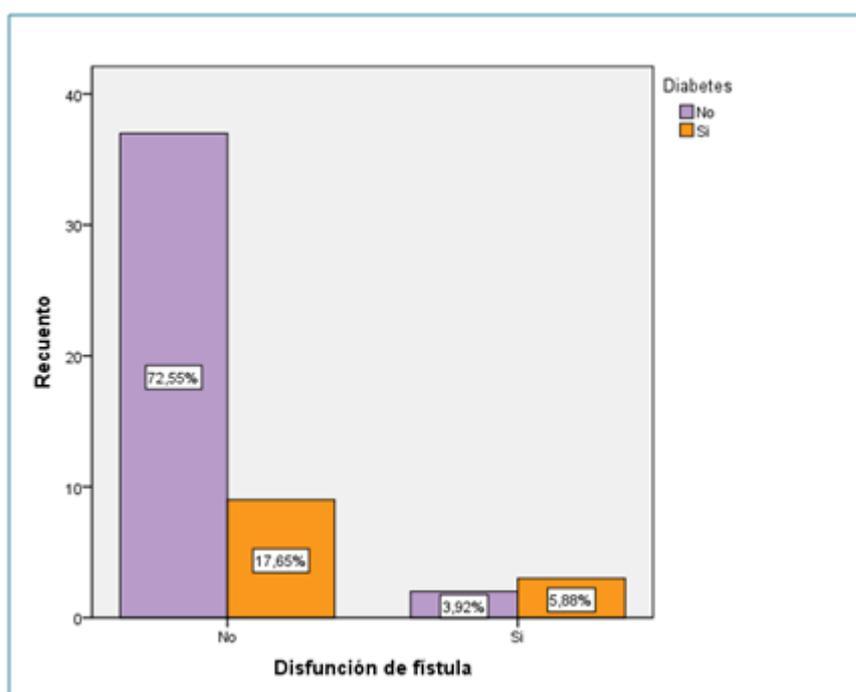


Figura 3. Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de diabetes y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 3 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (72,55%) no presentan diabetes y tampoco presentan disfunción de fístula.

Tabla 6

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de hipotensión arterial y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Hipotensión arterial		Total
		No	Si	
Disfunción de fístula	No	21	25	46
		41,2%	49,0%	90,2%
	Si	0	5	5
		,0%	9,8%	9,8%
Total		21	30	51
		41,2%	58,8%	100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

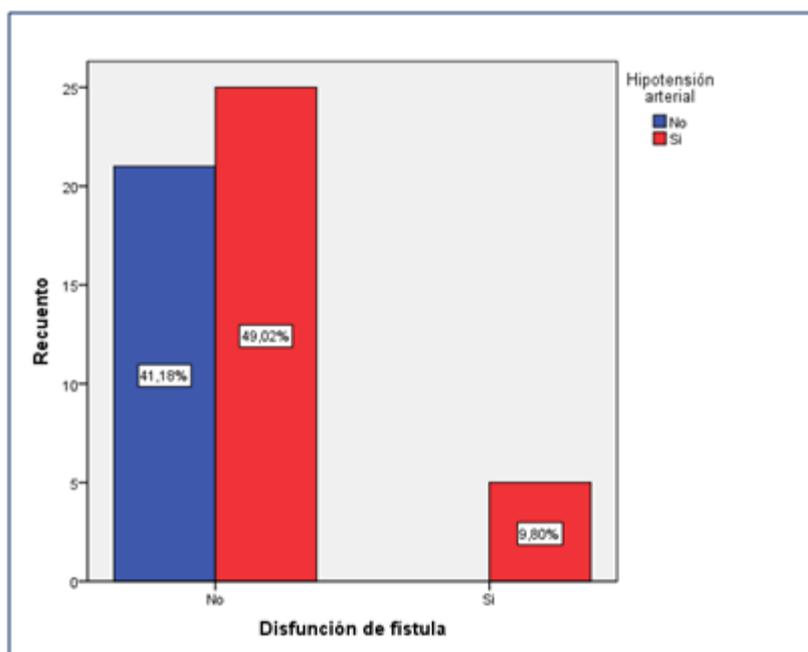


Figura 4. Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de hipotensión arterial y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 4 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (49.02%) si presentan hipotensión arterial pero no disfunción de fístula.

Tabla 7

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de obesidad y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Obesidad		Total
		No	Si	
Disfunción de fístula	No	43	3	46
		84,3%	5,9%	90,2%
	Si	2	3	5
		3,9%	5,9%	9,8%
Total		45	6	51
		88,2%	11,8%	100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

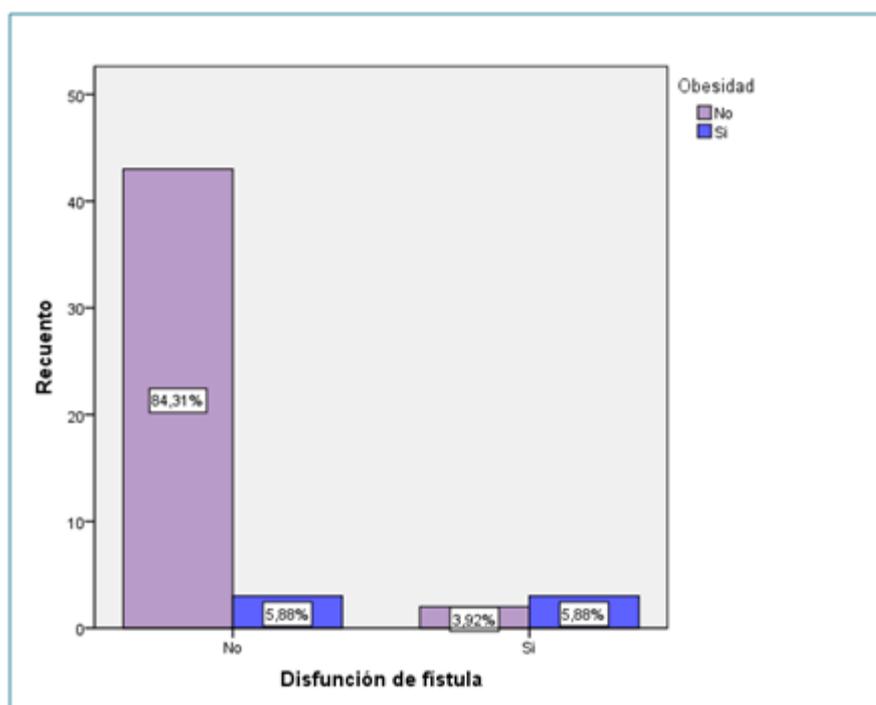


Figura 5. Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de obesidad y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 5 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (84.31%) no tienen obesidad y tampoco presentan disfunción de fístula.

Tabla 8

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de dislipidemia y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Dislipidemia		
		No	Si	Total
Disfunción de fístula	No	41	5	46
	Si	2	3	5
Total		43	8	51
		84,3%	15,7%	100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

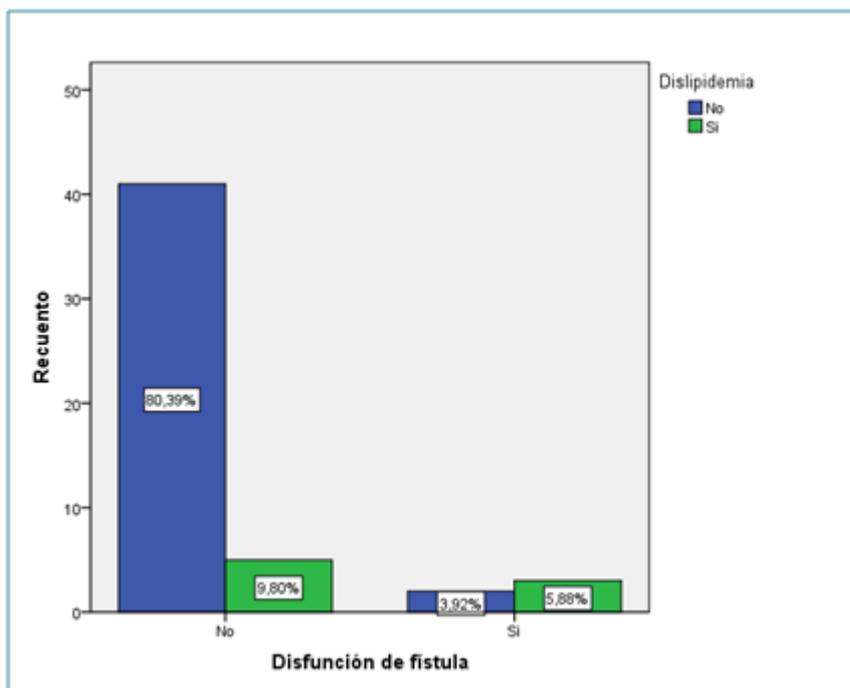


Figura 6. Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de dislipidemia y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 6 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (80.39%) no presentan dislipidemia y tampoco presentan disfunción de fístula.

Tabla 9

Distribución de pacientes con hemodiálisis según localización de fístula arteriovenosa y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Disfunción de fístula		
		No	Si	Total
Localización de fístula arteriovenosa	Radio encefálica	19 37,3%	1 2,0%	20 39,2%
	Radio basilica	1 2,0%	0 ,0%	1 2,0%
	Humero cefálica	17 33,3%	0 ,0%	17 33,3%
	Humero basilica	9 17,6%	4 7,8%	13 25,5%
Total		46 90,2%	5 9,8%	51 100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

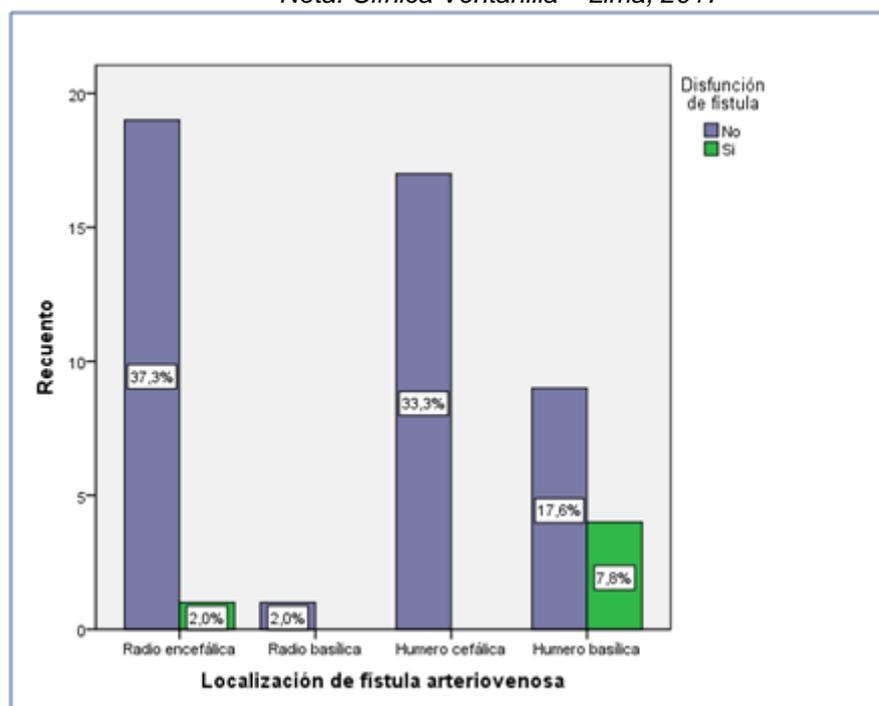


Figura 7. Distribución de pacientes con hemodiálisis según Localización de fístula arteriovenosa y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 7 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (37.3%) Localización radio encefálica de fístula arteriovenosa y no presentan disfunción de fístula.

Tabla 10

Distribución de pacientes con hemodiálisis según técnica de canulación y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Disfunción de fístula		Total
		No	Si	
Técnica de canulación	Escalera	18 35,3%	0 ,0%	18 35,3%
	Butolone	12 23,5%	0 ,0%	12 23,5%
	Area	16 31,4%	5 9,8%	21 41,2%
Total		46 90,2%	5 9,8%	51 100,0%

Nota: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

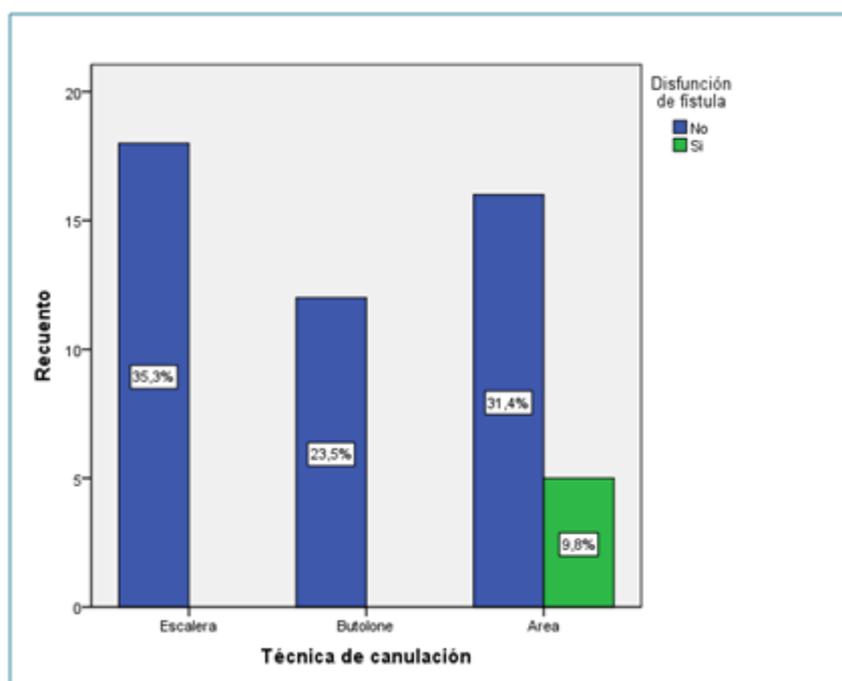


Figura 8. Distribución de pacientes con hemodiálisis según Técnica de canulación y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Interpretación

En la Figura 9 se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (35.3%) presentan Técnica de canulación escalera sin disfunción de fístula.

3.2. Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis específicas.

Hipótesis específica 1

La edad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La edad no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 12

Prueba Chi cuadrado hipótesis 1

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F1.Edad	7.307	1	0.007

Interpretación

Según la tabla 12, el factor observado si esta asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, P-valor=0.007 < 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis específica 2

El sexo está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

El sexo no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 13

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 2

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F2. Sexo	4.333	1	0.037

Interpretación

Según la tabla 13, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.037 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis específica 3

La diabetes está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La diabetes no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 14

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 3

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F3. Diabetes	4.098	1	0.043

Interpretación

Según la tabla 14, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, P-valor=0.043 < 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis específica 4

La hipotensión arterial está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La hipotensión arterial no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 15

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 4

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F4. Hipotensión arterial	3.880	1	0.049

Interpretación

Según la tabla 15, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, P-valor=0.049 < 0.05, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis específica 5

La obesidad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La obesidad no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 16

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 5

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F5. Obesidad	12.425	1	0.000*

Interpretación

Según la tabla 16, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.000 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis específica 6

La dislipidemia está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La dislipidemia no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 17

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 6

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F6. Dislipidemia	8.231	1	0.004

Interpretación

Según la tabla 17, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.004 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor. Siendo el más significativo y de mayor riesgo, el factor referido a la Dislipidemia.

Hipótesis específica 7

La localización de fístula arteriovenos está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La localización de fístula arteriovenos no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 18

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 7

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F7. Localización de fístula arteriovenos	8.940	3	0.030

Interpretación

Según la tabla 18, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.030 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

.

Hipótesis específica 8

La técnica de canulación está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis nula

La técnica de canulación no está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 19

Prueba Chi cuadrado hipótesis específica 8

Factores	Chi-cuadrado de Pearson	gl	P-Valor
F9. Técnica de canulación	7.919	2	0.019

Interpretación

Según la tabla 19, el factor observado si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.019 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor.

Hipótesis general

Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

Hipótesis nula

Los factores de riesgos no están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

Según los factores observados en las hipótesis específicas se puede concluir que todos los factores descritos están asociados a la fístula arteriovenosa. Por tanto: Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

IV. Discusión

4.1. Discusión

De los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 1, el factor observado edad si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.007 < 0.05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (56.9%) no presentan disfunción de fístula con edades entre 51 a más años; ello corrobora lo planteado por Planche, Suárez y Frómata (2016) en su investigación titulado “Factores pronósticos de las complicaciones de las fístulas arteriovenosas antológicas para hemodiálisis” puesto que los resultados principales predominaron el sexo femenino (52,7%), el grupo etario de 51-60 años (55,6%), la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como factores de riesgo más comunes, así como la complicación de la FAV a nivel de la muñeca, principalmente en las féminas (34,2 %), obtuvieron en el grupo de pacientes menores de 65 años. Se plantea que con el envejecimiento el endotelio vascular sufre cambios, pues se sustituyen fibras de músculo liso por fibras colágenas, lo que disminuye así la capacidad de dilatación de los vasos. Esto ocurre también en los pacientes diabéticos e hipertensos.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 2, el factor observado sexo femenino si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.037 < 0.05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (60.8%) son de sexo femenino y no presentan disfunción de fístula; lo que coincide con lo planteado por Delgado, Ruiz, Latorre y Crespo, (2016) y Molina, Gutiérrez y Orret (2015), puesto que hubo predominio del sexo masculino (55,2%), mostraron mayor supervivencia las fístulas arteriovenosas en hombres (78%), en pacientes no diabéticos (73%) .

Así mismo de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 3, el factor observado diabetes si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.043 < 0.05$, por

lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (72.55%) no presentan diabetes y tampoco presentan disfunción de fístula. lo que coincide con lo planteado por Delgado, Ruiz, Latorre y Crespo, (2016) y Molina, Gutiérrez y Orret (2015), puesto que mostraron mayor supervivencia las fístulas en pacientes no diabéticos (73%) . igual concide con lo planteado por Molina, Orret, Pérez y Gutiérrez,(2012) en su investigación titulado: “Supervivencia de las fístulas arteriovenosas en pacientes en hemodiálisis.que la diabetes mellitus es un importante factor de riesgo que influye significativamente en una menor supervivencia de los angioaccesos, encontraron resultados una menor supervivencia o tasa de permeabilidad primaria en los pacientes diabéticos.

De la misma forma de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 4, el factor observado hipotensión arterial si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, P-valor=0.049 < 0.05, por lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (49.02%) si presentan hipotensión arterial pero no disfunción de fístula; coincidiendo con lo planteado por Los episodios repetidos de hipotensión intradiálisis y niveles bajos de presión arterial pre y postdiálisis, se han establecido como factores de riesgo para el fallo de la fav.

Ambas situaciones, pueden ocasionar situaciones hemodinámicas extremas, debido a la consiguiente vasoconstricción y la disminución del flujo sanguíneo en las extremidades, que afecten de forma negativa al acceso, siendo predictores de trombosis de forma independiente.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 5, el factor observado obesidad si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, P-valor=0.000 < 0.05, por lo cual se rechazo la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (84.31%) no tienen obesidad y tampoco presentan disfunción de fístula;

coincidiendo con lo planteado por Molina, Orret, Pérez y Gutiérrez,(2012) en su investigación titulado: “Supervivencia de las fístulas arteriovenosas en pacientes en hemodiálisis” el objetivo de este estudio fue conocer las características generales de esta población. La diabetes mellitus ha sido asociada con una menor prevalencia de la fístula en muchos estudios. En EE.UU. solo el 22 % de los pacientes diabéticos en HD usan una fístula en comparación con un 30 % de los no diabéticos.¹⁰ Existe controversia en relación con que si la diabetes mellitus es un factor de riesgo independiente para una menor prevalencia de las fístulas arteriovenosas o si es un marcador para otras condiciones clínicas de comorbilidad asociadas tales como sexo femenino, edad avanzada, raza negra, obesidad y presencia de enfermedad vascular periférica. En nuestro estudio se observó que los pacientes diabéticos tienen un riesgo 3,3 veces mayor de perder la fístula en el primer año que los no diabéticos.

Igualmente de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 6, el factor observado dislipidemia si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.004 < 0.05$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor. Siendo el más significativo y de mayor riesgo, el factor referido a la Dislipidemia; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (80.39%) no presentan dislipidemia y tampoco presentan disfunción de fístula; lo que coincide con lo planteado por Sánchez (2013) en su investigación titulado: “Factores de riesgo asociados a la disfunción de una fístula arteriovenosa en pacientes con enfermedad renal crónica”, el objetivo de este estudio fue detectar factores de riesgo más frecuentes que influyen en la disfunción de una fístula arteriovenosa. el resultado fue que la edad y el sexo no influyen en padecer disfunción de la fístula sino que tiene más influencia la dislipemia, el haber comenzado tratamiento con hemodiálisis, el tipo de fístula y el haber portado catéter venoso central. (p. 22)

Así mismo, de de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 7, el factor observado localización de fístula arteriovenosa si está asociado significativamente a disfunción de fístula

arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.030 < 0.05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (37.3%) Localización radio encefálica de fístula arteriovenosa y no presentan disfunción de fístula. Hernández, Ruiz y Tapia (2015) y Sánchez (2013); puesto que las técnicas de mapeo vascular, la referencia temprana del paciente al cirujano vascular, el control ultrasonográfico de la anatomía del acceso, así como la detección temprana de complicaciones se van convirtiendo en reglas valiosas para el paciente renal crónico en terapia sustitutiva, asimismo, es imperativo el establecimiento de programas para estos pacientes mediante el cuidado de los accesos venosos, como evitar punciones subclavias y canalizaciones en miembros torácicos, lo que podrá incrementar la utilización de fístulas autólogas, principalmente la fístula radio cefálica, que es la que mayor permeabilidad presenta.

De la misma de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 9, el factor observado técnica de canulación si está asociado significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, $P\text{-valor}=0.019 < 0.05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula en la hipótesis específica planteada para dicho factor; esto es se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (35.3%) presentan Técnica de canulación escalera sin disfunción de fístula, lo que coincide con lo planteado por Por último el estudio de Rueda Velasco L. y cols.10

Se recomienda, sobre la introducción por parte de enfermería del ED en la punción del acceso vascular, la formación en su uso. Las conclusiones de su estudio, nos dicen que el ED es una herramienta sumamente útil para las punciones dificultosas, recanalización de agujas, primeras punciones, localización del bisel de la aguja, todo ello en pro de que enfermería pueda minimizar las complicaciones secundarias a las punciones del AV.

V. Conclusiones

Conclusiones

- Primera:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la edad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Segunda:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que el sexo está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Tercera:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la diabetes está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Cuarta:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la hipotensión arterial está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Quinta:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la obesidad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Sexta:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la dislipidemia está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

- Sétima:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la localización de fístula arteriovenos está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017
- Octava:** La presente investigación, respecto a la hipótesis específica 1 demuestra que la técnica de canulación está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.
- Novena:** La presente investigación, respecto a la hipótesis general demuestra que los factores observados en las hipótesis específicas se puede concluir que todos los factores descritos están asociados a la fístula arteriovenosa. Por tanto: Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

VI. Recomendaciones

Recomendaciones

- Primera:** Respecto a la edad al estar asociado con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere evitar las fistulas arteriovenosas autologas distales en paciente de edad avanzada por un marcado peor pronóstico en su duración.
- Segunda:** Respecto al sexo estar asociado con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere que la decisión de su creación se base en una evaluación global de la historia clínica, del examen físico vascular y de la ecografía dopler preoperatoria de cada paciente e identificación de factores de riesgo del fracaso de fistula arteriovenosa.
- Tercera:** Respecto a la diabetes al estar asociado a la Disfunción de Fístula se sugiere un adecuado manejo en el tratamiento dialítico ya los pacientes por su patología hemodinamicamente son inestables y con mayor complicaciones que ponen en riesgo el funcionamiento de la fistula arteriovenosa autóloga.
- Cuarta:** Respecto a la hipotensión arterial al estar asociado con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere mantener la presión arterial mediante la no ultrafiltración excesiva y que permita la conservación del trill de la fistula arteriovenosa autóloga .
- Quinta:** Respecto a la obesidad al estar asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere educación constante al paciente, familiares en la ingesta de líquidos, alimentación, hacer partícipe en el autocuidado de su acceso y el profesional de enfermería permita una buena maduración de a fistula arteriovenosa autologa antes de iniciar las punciones en el tratamiento dialítico.

- Sexta:** Respecto a la dislipidemia al estar asociado con la Disfunción se sugiere que siendo un factor de riesgo de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares realizar una vigilancia y monitorización eficaz para aumentar la duración del acceso vascular.
- Sétima:** Respecto a la localización de fístula arteriovenosa al estar asociado a la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere potenciar la creación de equipos multidisciplinares (nefrólogos, cirujanos cardiovasculares, radiólogos intervencionistas, patólogos), y la creación de la fístula arteriovenosa autóloga solo este a cargo del profesional especializado y con mayor experiencia.
- Octava:** Respecto a la técnica de punción al estar asociado con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa se sugiere capacitación constante al personal de enfermería en el inicio del tratamiento dialítico por fístula arteriovenosa autóloga y la utilización de técnica de punción de escalera .también las IPRRES aseguren el contrato de personal capacitado acreditado y con experiencia que garanticen que el paciente reciba la mejor atención nefrológica posible.
- Novena:** Respecto a los factores en general, previamente a la punción de la fístula arteriovenosa es preciso conocer su tipo, su anatomía y la dirección del Qa para programar las zonas de punción. Para ello, es de gran utilidad la existencia de un mapa de la fístula arteriovenosa en la historia clínica del paciente. Todo el personal de enfermería que punciona por primera vez una fístula arteriovenosa debe conocer previamente el mapa de la misma para realizar una punción adecuada. Antes de iniciar cada sesión de hemodiálisis es necesario un examen exhaustivo de la fístula arteriovenosa mediante la exploración física. No debe realizarse la punción sin comprobar antes el funcionamiento de la fístula arteriovenosa.

VII. Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Allen, R. y Fine, R.(2009) *Manual de Diálisis*. (4ta edición).Barcelona, España: MASON.
- Avendaño, L. (2008) *La presión arterial alta y la enfermedad de los riñones*.
- Darbas, R y Roca, R. (2015). Cambio de técnica de punción de la fístula arteriovenosa nativa a partir de los hallazgos ecográficos. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 366-371. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400008.
- García, A. y Gattorno, Y (2012) *Enfermedad renal crónica y su progresión a la insuficiencia renal crónica*. revista científico estudiantil de ciencias médicas de cuba, 20(3) ,240.Recuperado de: http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/enfermedad_renal.html
- Garcidueñas C, Vega E. (2016) *Hemodiálisis crónica y patrones de práctica*. Revista MexicanaAngiología2012;40(1):26-32.Recuperadode: <https://www.researchgate.net/publication/259741642>
- Garcidueñas, C, Vega, E. (2012). *Metas NFK-KDOQI para accesos vasculares en México. ¿Es posible?* Revista Mexicana Angiología, 2012; 40(1): 37-40.Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2012/an121e.pdf
- Gonzales, M. y Martínez, C. (2010). *Manual de Accesos Vasculares para Hemodiálisis. Capítulo 2 radiología intervencionista*. Barcelona. España. Marge medica books.
- González, F. (2010) *Resultados con el uso de prótesis vasculares*. Recuperado de: <http://medicina.uc.cl/cirugia-vascular/resultados-uso-protesis-vasculares>

- Hernández, B. Ruiz, H. y Ochoa, F. (2015). *Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. Experiencia en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del ISSSTE en Zapopan, Jalisco*; Revista Mexicana de Angiología 43(1) ,4-8.recupeado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57562>.
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. De C.V. Sexta Edición.
- Hochman y Montero, (1986) *La técnica del fichaje en el procesamiento de la información*. Recuperado de: <http://intranet.ucvlima.edu.pe/campus/file/6001213119/SEP%205%20-%20RU.pdf>
- Leiva, K. (2014) *Factores pronósticos que inciden en la duración de las fístulas arteriovenosas antológicas (FAVA) para hemodiálisis* Lima 2012. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1426/1/Leiva_em.pdf
- López, L y Aguado. L (2012) *Ecografía del acceso vascular para hemodiálisis: Conceptos teóricos y prácticos*. Nefrología Sup Ext 2012; 3(6):21-35
- Molina, S. Gutiérrez, F. y Orret, D. (2012). *Supervivencia de las fístulas arteriovenosas en pacientes en hemodiálisis*. Revista Cubana de Cirugía, 51 (4), 307-317.recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000400005.
- Molina, S. Gutiérrez, F. y Orret, D. (2015). *Comportamiento de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis en el anciano*. Revista Cubana de Cirugía. 54(1), 25-33.Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000100004.

- Organización Mundial de la Salud (2017). *Definición de Factor de Riesgo*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es.
- Palache M. Suarez C. y Frómeta V. (2016). *Factores pronósticos de las complicaciones de las fístulas arteriovenosas antológicas para hemodiálisis*. MEDISAN, 20(4), 481-489. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192016000400008.
- Paucar, T. (2015). *Accesos vasculares en pacientes de hemodiálisis del Hospital Honorio delgado Espinoza*. UCSM Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000900011
- Planche, Suárez, Frómeta (2016). *Edited by John T. Daugirdas, Todd S. Manual de Diálisis*. (2da edición). Barcelona, España: editorial MASÓN S.A.
- Pueyo, I. (2011). *La punción del acceso vascular en hemodiálisis es una necesidad, el método Buttonhole una opción*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 14(1), 30-36. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752011000100005.
- Ramírez, K. (2016). *Factores que influyen en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna y su relación con la técnica de punción*. MEDISAN, 20(4), 481-489 Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v19n3/04_revision3.pdf.
- Reza, F. (1997). *Ciencia, Metodología e investigación*. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=m6PGnYBaW2oC&pg=PA294&dq=fichas+textuales&hl=es&ei=c1iPTZ_dNZG6tge9uuyRDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=fichas%20textuales&f=false

- Reza, F. (2011). *Ciencia, Metodología e investigación*. México: Logman, Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=m6PGnYBaW2oC&pg=PA294&dq=fichas+textuales&hl=es&ei=c1iPTZ_dNZG6tge9uuyRDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=fichas%20textuales&f=false ISBN: 9684442440 UNIVERSIDAD César Vallejo. •
- Roca-Tey R. (2012) *Vigilancia y seguimiento del acceso vascular: indicaciones, cuidados y métodos de monitorización. Situación actual del acceso vascular en Cataluña*. En: Collado S, Pascual J (coord.). *Avances en diálisis*. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2012. p. 49-59.
- Rodríguez y Castillo R. (2008) *Accesos vasculares en una Unidad de Hemodiálisis y la participación del cirujano vascular*. *Revista Mexicana Angióloga*, 2008; 36(3): 76-81. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgiin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57562>.
- Sánchez, L. (2013). *Factores de riesgo asociados a la disfunción de una fístula arteriovenosa en pacientes con enfermedad renal crónica*. *Enfermería Nefrológica*. 16(2) , 104-114. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000200007.
- Serrato, R. y Bizueto, H. (2014). *Determinación del grado de estenosis de la vena subclavia como predictor en el desarrollo de hipertensión venosa en pacientes sometidos a construcción de fístula arteriovenosa antológica ipsilateral*. *Revista Mexicana de Angiología*, 42(3) ,119-127. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54928>.
- Sociedad española de nefrología (2017). *Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis, recuperado noviembre 2017*, de Revista de la Sociedad Española de Nefrología www.revistanefrologia.com

Sociedad española de nefrología (2017). *Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis*, recuperado noviembre 2017, de Revista de la Sociedad Española de Nefrología www.revistanefrologia.com

Velez, et al. (2012). *Nefrología. (5ta edición).Medellín, Colombia*: editorial Corporación para Investigaciones Biológicas.

Zapata, P. (2012) *Nefroesclerosis*. Recuperado de: <http://www.sociemcas.gob.es>

Anexos

Anexo 1 Instrumentos

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL SERVICIO DE ENFERMERIA																			
TEST DEL ACCESO VASCULAR																			
_____ NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA: / / SALA: 																		
	TURNO: 																		
	<p>1, TIPO DE ACCESO VASCULAR FAV () INJERTO () CVC () N° DE CAMBIOS () FECHA DE INSERCIÓN: / /</p> <p>2, N° DE ACCESOS PREVIOS FAV () INJERTO () CVC ()</p> <p>3 TIEMPO PATENCIA ACCESO VASC. () meses</p> <p>4, Qb MAXIMO () mlx' Qb ACTUAL () mlx'</p> <p>5, CANULACION FACIL () DIFICIL ()</p> <p>6, TEST DE PRESION VENOSA PRESION VENOSA 1: () mmHg PRESION VENOSA 2: () mmHg PRESION VENOSA 3: () mmHg</p> <p>7, TEST DE OCLUSION DEL ACCESO:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">PRESION LINEA</td> <td style="border: none; text-align: center;">PRE</td> <td style="border: none; text-align: center;">POST</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">VENOSO</td> <td style="border: none; text-align: center;">() mmHg</td> <td style="border: none; text-align: center;">() mmHg</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ARTERIAL</td> <td style="border: none; text-align: center;">() mmHg</td> <td style="border: none; text-align: center;">() mmHg</td> </tr> </table> <p>8, % DE RECIRCULACION: % UREA PRE FILTRO: () UREA POST FILTRO () UREA (BRAZO OPUESTO) ó (S. FLOW) ()</p> <p>9, FECHA DE PERDIDA DE ACCESO: / /</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">CAUSA</td> <td style="border: none; text-align: center;">TROMBOSIS</td> <td style="border: none; text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">INFECCION</td> <td style="border: none; text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">OTRAS</td> <td style="border: none; text-align: center;">.....</td> </tr> </table>	PRESION LINEA	PRE	POST	VENOSO	() mmHg	() mmHg	ARTERIAL	() mmHg	() mmHg	CAUSA	TROMBOSIS	()		INFECCION	()		OTRAS
PRESION LINEA	PRE	POST																	
VENOSO	() mmHg	() mmHg																	
ARTERIAL	() mmHg	() mmHg																	
CAUSA	TROMBOSIS	()																	
	INFECCION	()																	
	OTRAS																	
ESQUEMA: ANOTAR ZONA DE CANULACION A = ARTERIA V = VENA DISTANCIA entre A - V = () cm. ANOTAR PRESENCIA DE : EDEMA DE BRAZO () EDEMA DE MAMA () HEMATOMAS () FLOGOSIS () CIANOSIS DISTAL ()																			
_____ ENFERMERA: CEP:																			

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS DISFUNCIÓN FISTULA ARTERIOVENOSA AUTÓLOGA PACIENTES AMBULATORIOS HEMODIÁLISIS CLÍNICA VENTANILLA LIMA. 2017						
AUTORES: Br. ACOSTA VILLALBA MARIA DEL PILAR						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Es la edad un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es el sexo un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es la diabetes un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es la hipotensión arterial un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es la obesidad un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores de riesgos asociados a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la edad como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar el sexo como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar la diabetes como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar la hipotensión arterial como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar la obesidad como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>La edad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>El sexo está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>La diabetes está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>La hipotensión arterial está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>La obesidad está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p>	Variable 1: FACTORES DE RIESGOS			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
			Edad	18-50=1/60 a mas =0	1	No Aplica
			Sexo	Si=1/No=0	1	
			Diabetes	Si=1/No=0	1	
			Hipotensión arterial	Si=1/No=0	1	
			Obesidad	Si=1/No=0	1	
			Dislipidemia	Si=1/No=0	1	
			Localización de fístula arteriovenosa	Radio Cefálica =1 / Radio Basílica =2 / Humero Cefálica =3 / Humero Basílica =4	1	
			Técnica de canulación	Escalera=1/Butolone=2/Area=3	1	
Variable 2: FÍSTULA						
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos			
Disfunción	Nº Pacientes	1	No Aplica			
Funcional	Nº Pacientes	1				

<p>¿Es la dislipidemia un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es la localización de fístula arteriovenosa un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p> <p>¿Es la técnica de canulación un factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017?</p>	<p>Identificar la dislipidemia como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar la localización de fístula arteriovenosa como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>Identificar la técnica de canulación como factor de riesgo asociado a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p>	<p>La dislipidemia está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>La localización de fístula arteriovenosa está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p> <p>La técnica de canulación está asociado significativamente con la Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017</p>				
--	---	--	--	--	--	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>TIPO: BÁSICO</p> <p>Recibe igualmente el nombre de investigación pura, teórica o dogmática, porque parte de un planteamiento de marco teórico y permanece en él; su finalidad es formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, teniendo presente de no contrastarlos con ningún aspecto referido práctico. (Tamayo (2010, p. 8).</p> <p>NIVEL: Descriptivo correlacional</p> <p>DISEÑO: No experimental</p> <p>El diseño no experimental, de corte transeccional, según Hernández. (2010, p.149), se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.</p>	<p>POBLACIÓN: 51 pacientes con la Disfunción de Fistula y Fistula Funcional en pacientes en hemodiálisis Clínica Ventanilla-Lima 2017</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA: 51</p> <p>TIPO DE MUESTRA: Muestra Censal.</p> <p>MUESTREO: No Aplica</p> <p>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN: Cuantitativo</p>	<p>Variable 1: FACTORES DE RIESGOS</p> <p>Técnica: Fichaje</p> <p>Instrumentos: Registro de Estadísticas</p> <p>Autor: Clínica Ventanilla</p> <p>Año: 2017</p> <p>Monitoreo: Junio – Julio 2018</p> <p>Ámbito de Aplicación: Perú</p> <p>Forma de Administración: Directa</p> <p>Variable 2: FÍSTULA</p> <p>Técnica: Fichaje</p> <p>Instrumentos: Registro de Estadísticas</p> <p>Autor: Clínica Ventanilla</p> <p>Año: 2017</p> <p>Monitoreo: Junio – Julio 2018</p> <p>Ámbito de Aplicación: Perú</p> <p>Forma de Administración: Directa</p>	<p>DESCRIPTIVA: De distribución de frecuencia, tablas de contingencia, figuras</p> <p>DE PRUEBA:</p> <p>Prueba hipótesis</p> <p>Para Torres (1997) “La hipótesis es un planteamiento que establece una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema” (p. 129)</p> <p>CHI CUADRADO</p>

ANEXO 3 BASE DE DATOS

N°	Si=1 Disfunción Fístula No=0 Fístula Funcional	N°	18-50=1/60 a mas =0	Masculino=1, Femenino=0	Si=1/No=0	Si=1/No=0	Si=1/No=0	Si=1/No=0	Si=1/No=0	Radio Cefálica =1 / Radio Basílica =2 / Húmero Cefálica =3 / Húmero Basílica =4
			Edad	Sexo	Diabetes	Hipotensión arterial	Tabaquismo	Obesidad	Dislipidemia	Localización de fístula arteriovenosa
1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	3
3	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1
4	1	4	1	1	1	1	0	1	1	1
5	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1
6	0	6	1	1	0	1	0	0	0	3
7	0	7	1	1	0	0	0	0	1	3
8	0	8	0	0	1	1	0	1	1	1
9	0	9	0	1	0	1	0	0	1	4
10	0	10	0	1	1	1	0	1	1	1
11	0	11	0	0	0	0	0	1	0	3
12	0	12	1	1	0	1	0	0	0	3
13	0	13	1	1	0	1	0	0	0	3
14	0	14	0	0	0	1	0	0	0	1
15	0	15	1	1	0	1	1	0	0	1
16	0	16	1	1	0	0	0	0	0	1
17	0	17	1	0	0	1	0	0	0	4
18	0	18	0	0	0	0	0	0	0	3
19	1	19	1	1	1	1	0	1	1	4
20	0	20	0	0	0	0	0	0	0	4
21	1	21	1	1	1	1	0	1	1	4
22	1	22	1	1	0	1	0	0	0	4
23	0	23	0	0	0	0	0	0	0	4
24	1	24	1	0	0	1	0	0	0	4
25	0	25	0	1	0	1	0	0	0	3
26	0	26	0	1	1	1	0	0	0	4
27	0	27	0	0	0	1	0	0	0	3
28	0	28	0	0	0	0	0	0	0	3
29	0	29	1	1	0	0	0	0	0	4
30	0	30	0	0	1	1	0	0	0	3
31	0	31	0	0	0	0	0	0	0	3
32	0	32	0	0	0	0	0	0	0	1
33	0	33	0	0	0	1	0	0	0	4
34	0	34	0	0	0	0	0	0	0	4
35	0	35	0	0	0	0	0	0	0	3
36	0	36	1	0	0	0	0	0	0	1
37	0	37	1	1	0	1	0	0	0	3
38	0	38	0	0	0	1	0	0	0	1
39	0	39	1	0	0	1	0	0	0	1
40	0	40	1	0	0	0	0	0	0	1
41	0	41	1	1	0	1	0	0	0	3
42	0	42	0	0	1	1	0	0	0	1
43	0	43	0	0	1	0	0	0	0	1
44	0	44	0	1	1	0	0	0	0	3
45	0	45	0	0	1	1	0	0	0	4
46	0	46	0	0	1	0	0	0	0	1
47	0	47	0	0	0	0	0	0	0	1
48	0	48	0	0	0	1	0	0	0	1
49	0	49	1	0	0	0	0	0	0	1
50	0	50	0	0	0	0	0	0	0	2
51	0	51	1	1	0	1	0	0	0	3

Si=1/No=0	Sub Clavia Derecha =1 / Sub Clavia Izquierda =2 Ambas =3	Derecho =1 /Izquierdo=2	Escalera=1/Butolone=2/Area=3
Catéter venoso central temporal previo	Localización de catéter venoso central temporal previo	Brazo de fistula	Tecnica de canulacion
1	2	1	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	1	1	3
0	2	2	1
1	1	2	2
1	1	1	2
1	1	2	2
1	1	1	2
1	2	2	3
1	1	1	2
1	1	2	3
1	2	2	3
0	2	1	1
1	1	1	2
1	2	1	2
1	1	2	3
1	2	2	1
1	1	1	3
1	2	2	2
1	1	1	3
1	2	2	3
1	1	2	3
1	1	2	3
1	2	2	1
1	1	2	1
1	2	2	3
1	1	2	1
1	1	2	1
1	1	2	3
1	3	1	3
1	1	1	1
1	1	1	3
1	2	2	1
1	1	1	3
1	1	1	1
1	2	1	1
1	1	1	1
1	1	2	2
1	1	2	2
1	1	2	3
1	2	2	1
0	1	1	1
1	1	2	1
0	1	2	1
1	1	1	1
1	1	2	1
1	1	2	1
1	2	2	2
1	2	2	2

ANEXO 4 CARTA AUTORIZACIÓN

Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional

Carta N° 01-2018-CV

Callao, 21 de febrero del 2018

Señor. Director de la Escuela de Posgrado de la Universidad César vallejo – Lima Norte
Asunto: Constancia de ejecución de trabajo de investigación.

Ciudad.

De mi mayor consideración.

La que suscribe, Lic. Enf. Cecilia Sandoval, jefa del área del Servicio de Hemodiálisis de la Clínica Ventanilla, da constancia de que la Lic. María Del Pilar Acosta Villalba, estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, sede Lima Norte, tiene permiso para ejecutar el trabajo de investigación titulado: "*Factores de riesgos asociados a disfunción de fistula arteriovenosa autóloga en pacientes ambulatorios de hemodiálisis, Clínica Ventanilla Lima. 2017*" pudiendo disponer de la información proporcionada para efectos solamente de investigación, teniendo el compromiso de entregar una copia del informe presentado a su institución académica

Se emite la presente constancia para los fines que la Lic. Acosta Villalba considere como pertinente.

Muy atentamente,


Lic Cecilia Sandoval Policio
C.E.P 21568
C.D VENTANILLA S.A.C

ANEXO 5

ARTÍCULO CIENTÍFICO

1. TÍTULO

Factores de riesgos asociados disfunción fistula arteriovenosa autóloga pacientes ambulatorios hemodiálisis Clínica Ventanilla Lima. 2017.

2. AUTOR

María Del Pilar Acosta Villalba

Luanda_91_5@hotmail.com

Estudiante del Programa de Maestría en gestión de los servicios de la salud

3. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general el determinar los factores de riesgos asociados a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017; la muestra considero 51 pacientes con la Disfunción de Fistula y Fistula Funcional en pacientes en hemodiálisis Clínica Ventanilla- Lima 2017, en los cuales se ha empleado la variable: Factores de riesgos y Fístula.

El método empleado en la investigación fue el hipotético deductivo, esta investigación utilizó para su propósito el diseño no experimental de nivel descriptivo, que recogió la información en un período específico, que se desarrolló al aplicar el instrumento: Registro estadístico de historia clínica, cuyos resultados se presentan gráfica y textualmente.

La investigación concluye que existe evidencia significativa para afirmar que: Los factores observados si están asociados significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, p-valor < 0.05 , por lo cual se rechazó la hipótesis nula en las hipótesis específicas planteadas para dichos factores. Siendo el más significativo y de mayor riesgo, el factor referido a la obesidad. Igualmente, los factores observados no están asociados significativamente a disfunción de fístula arteriovenosa, p-valor > 0.05 , por lo cual no se rechazó la hipótesis nula en las hipótesis específicas planteadas para dichos factores. Es decir, estos factores no presentan riesgo en relación a disfunción de fístula arteriovenosa.

2. PALABRAS CLAVE

Factores de riesgos y Fístula.

3. ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine the risk factors associated with Arteriovenous Fistula Dysfunction in patients with hemodialysis at Clínica Ventanilla

- Lima, 2017; The sample included 51 patients with Functional Fistula and Fistula Dysfunction in patients on hemodialysis Clínica Ventanilla-Lima 2017, in which the following variable was used: Risk Factors and Fistula.

The method used in the research was the hypothetical deductive, this research used for its purpose the non-experimental design of descriptive level, which collected the information in a specific period, which was developed when applying the instrument: Statistical record of clinical history, whose results they are presented graphically and textually.

The investigation concludes that there is significant evidence to affirm that: The observed factors if they are significantly associated with arteriovenous fistula dysfunction, $p\text{-value} < 0.05$, for which the null hypothesis was rejected in the specific hypotheses proposed for said factors. Being the most significant and of greater risk, the factor referred to obesity. Likewise, the observed factors are not significantly associated with arteriovenous fistula dysfunction, $p\text{-value} > 0.05$, so the null hypothesis was not rejected in the specific hypotheses proposed for these factors. That is to say, these factors do not present risk in relation to arteriovenous fistula dysfunction.

4. KEYWORDS

Risk factors and Fistula.

5. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general el determinar los factores de riesgos asociados a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017; la muestra considero 51 pacientes con la Disfunción de Fistula y Fistula Funcional en pacientes en hemodiálisis Clínica Ventanilla- Lima 2017, en los cuales se ha empleado la variable: Factores de riesgos y Fístula.

Factores de riesgos

Según la Organización Mundial de la Salud (2017): “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (p. s/n)

6. METODOLOGÍA

El método empleado en la investigación fue el hipotético deductivo, esta investigación utilizó para su propósito el diseño no experimental de nivel descriptivo, que recogió la información en un período específico, que se desarrolló al aplicar el instrumento: Registro estadístico de historia clínica, cuyos resultados se presentan gráfica y textualmente.

7. RESULTADOS

Describen narrativamente los hallazgos del estudio como el análisis estadístico e interpretación de datos y la prueba de hipótesis.

Tabla 1

Distribución de pacientes con hemodiálisis según edad y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Edad		Total
		51 a mas	18 - 50	
Disfunción de fístula	No	29 56,9%	17 33,3%	46 90,2%
	Si	0 ,0%	5 9,8%	5 9,8%
Total		29 56,9%	22 43,1%	51 100,0%

Fuente: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 2

Distribución de pacientes con hemodiálisis según sexo y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Disfunción de fístula	No	31 60,8%	15 29,4%	46 90,2%
	Si	1 2,0%	4 7,8%	5 9,8%
Total		32 62,7%	19 37,3%	51 100,0%

Fuente: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 3

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de diabetes y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Diabetes		Total
		No	Si	
Disfunción de fístula	No	37 72,5%	9 17,6%	46 90,2%
	Si	2 3,9%	3 5,9%	5 9,8%
Total		39 76,5%	12 23,5%	51 100,0%

Fuente: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Tabla 4

Distribución de pacientes con hemodiálisis según presencia de hipotensión arterial y disfunción de fístula arteriovenosa en la Clínica Ventanilla – Lima, 2017

		Hipotensión arterial		
		No	Si	Total
Disfunción de fístula	No	21	25	46
		41,2%	49,0%	90,2%
	Si	0	5	5
		,0%	9,8%	9,8%
Total		21	30	51
		41,2%	58,8%	100,0%

Fuente: Clínica Ventanilla – Lima, 2017

Hipótesis general

Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

Hipótesis nula

Los factores de riesgos no están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

Según los factores observados en las hipótesis específicas se puede concluir que todos los factores descritos están asociados a la fístula arteriovenosa. Por tanto: Los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

8. DISCUSIÓN

De los hallazgos encontrados y del análisis de resultados, se aprecia que del total de pacientes estudiados, la mayoría (56.9%) no presentan disfunción de fístula con edades entre 51 años; lo que a su vez implica que del total de pacientes estudiados, la mayoría (60.8%) son de sexo femenino y no presentan disfunción de fístula, del total de pacientes estudiados, la mayoría (72.55%) no presentan diabetes y tampoco presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (49.02%) si presentan hipotensión arterial pero no disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (88.24%) no son adictos al tabaco y tampoco presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (84.31%) no tienen obesidad y tampoco presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (80.39%) no presentan dislipidemia y tampoco presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (37.3%) Localización radio encefálica de fístula arteriovenosa y no presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (82.35%) si presentan Catéter venoso central temporal previo pero no presentan disfunción de fístula; del total de

pacientes estudiados, la mayoría (56.9%) tienen Localización en sub clavia derecha de catéter venoso central temporal previo pero no presentan disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (60.78%) presentan brazo de fístula izquierdo sin disfunción de fístula; del total de pacientes estudiados, la mayoría (35.3%) presentan Técnica de canulación escalera sin disfunción de fístula.

9. CONCLUSIONES

La presente investigación, respecto a la hipótesis general demuestra que los factores de riesgos están asociados significativamente a Disfunción de Fístula Arteriovenosa en pacientes con hemodiálisis de la Clínica Ventanilla – Lima, 2017.

10. REFERENCIAS

- Vélez, et al. (2012). Nefrología. (5ta edición).Medellín, Colombia: editorial Corporación para Investigaciones Biológicas.
6. edited by John T. Daugirdas, Todd S. Manual de Diálisis. (2da edición).Barcelona, España: editorial MASÓN S.A.
- Sociedad española de nefrología (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis, recuperado noviembre 2017, de Revista de la Sociedad Española de Nefrología www.revistanefrologia.com
- Manual de normas y procedimientos de enfermería para atención de paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.2012, pg47.
- Allen, R.N. y Fine,R. N.(2009) Manual de Diálisis. (4ta edición).Barcelona, España: MASON

DECLARACIÓN JURADA**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO**

Yo, María Del Pilar Acosta Villalba (X), egresado (), docente (), del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI N° 44338661, con el artículo titulado: “Factores de riesgos asociados disfunción fistula arteriovenosa autóloga pacientes ambulatorios hemodiálisis Clínica Ventanilla Lima. 2017”

Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 8 de mayo de 2018

.....

María Del Pilar Acosta Villalba

DNI N°. 44338661