



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
FALLECIDOS POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HOSPITAL DE
EMERGENCIAS ATE VITARTE, 2022”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

AUTOR:

LIC. HERRERA VILLON, BERTHA LIZ

<https://orcid.org/0000-0002-1964-6835>

ASESOR:

Mg. ROXANA MARISEL PURIZACA CURO

<https://orcid.org/0000-0002-9989-6972>

LIMA – PERÚ

2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Bertha Liz Herrera Villón**, con DNI **44702549**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos** (grado o título profesional que corresponda) de título **“Características clínicas de los Pacientes fallecidos por Insuficiencia renal aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital de Emergencias Ate Vitarte, 2022”**, autorizo a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de 22% y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de marzo del año 2023.

(Firma del autor)

BERTHA LIZ HERRERA VILLÓN
DNI: 44702549

ROXANA MARISEL PURIZACA CURO
DNI: 02894992

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD - TURNITIN

ENTREGA 5

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet | 14% |
| 2 | www.researchgate.net Fuente de Internet | 2% |
| 3 | revistamedicinainterna.net Fuente de Internet | 2% |
| 4 | repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 5 | www.nefrologiaaldia.org Fuente de Internet | 1% |
| 6 | repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet | 1% |
| 7 | MARIA CRISTINA MARTINEZ AVILA, AMILKAR JOSE ALMANZA HURTADO, TOMAS RODRIGUEZ YANEZ, PEDRO LUIS IMBETH ACOSTA. "Insuficiencia renal en cirrosis. Revisión de la literatura", Revista Colombiana de Nefrología, 2022 Publicación | 1% |

8 alicia.concytec.gob.pe 1 %
Fuente de Internet

9 dspace.ucacue.edu.ec 1 %
Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ÍNDICE GENERAL

| | |
|-----------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| I.INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| II.MATERIALES Y MÉTODOS..... | 11 |
| III.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS..... | 16 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 18 |
| ANEXOS..... | 23 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|-----------|
| ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN..... | 29 |
| ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 31 |
| ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 35 |
| ANEXO D. HOJA DE INFORME DE SIMILITUD | 38 |

RESUMEN

Objetivo: objetivo general de la investigación es determinar las características clínicas de los pacientes fallecidos por insuficiencia renal aguda (IRA) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) – Hospital de Emergencia Ate Vitarte, 2021.

Materiales y métodos: El presente estudio, trabaja con un enfoque cuantitativo ya que resalta la relevancia y necesidad de análisis estadístico y considera los datos recolectados a partir de la variable, siendo organizada dicho dato en la matriz correspondiente. La técnica que se utilizará será la observación y el instrumento validado previamente que se empleará será una lista de cotejo dicotómicas y de respuestas según sea el caso, a través de la recolección de datos de 108 historias clínicas en un formato conformada por ítems y 4 dimensiones. **Resultados:** La información recogida se ingresará a la base de datos para ser procesada en el programa Excel 2018 y programa estadístico SPSS versión 25. **Conclusiones:** el presente trabajo brindará información relevante que aportará en la atención del paciente crítico con insuficiencia renal aguda.

Palabras claves: Factores, mortalidad, Insuficiencia renal aguda, mortalidad, cuidados críticos (DeCS).

ABSTRACT

Objective: general objective of the research is to determine the factors associated with mortality due to chronic renal failure (ARI) in the ICU.

Materials and methods: This study considers the quantitative approach due to the relevance and need for statistical analysis, considering the data collected from the variable, said data being organized in the corresponding matrix.

The technique to be used will be observation and the previously validated instrument that will be used will be a dichotomous checklist and answers as the case may be, through the collection of data from 108 medical records in a format made up of items and 4 dimensions. **Results:** The collected information will be entered into the database to be processed in the Excel 2018 program and SPSS version 25 statistical program. **Conclusions:** this work will provide relevant information that will contribute to the care of critically ill patients with acute renal failure.

Keywords: Factors, mortality, acute renal failure, mortality, critical care (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

En el día a día del profesional asistencial de enfermería, pacientes en estado crítico, se presentan múltiples casos de pacientes con diagnóstico médico de IRA, manifestándose con oliguria, anuria, alteraciones de los azoados, alteraciones electrolíticas, metabólicas, orina colúrica, entre otros; que a su vez progresaban a asistencia de terapia de reemplazo renal como es el caso de la hemodialisis intermitente (1).

La IRA, siendo una de las complicaciones más frecuentes en la unidad crítica, afectando alrededor del 40% de los pacientes con una mayor morbilidad con riesgo a muerte además de, originar altos costos en su tratamiento incluyendo la diálisis y que, en promedio, la probabilidad de muerte es alrededor de 40 a 50% a comparación del infarto de miocardio, la insuficiencia respiratoria y la sepsis sin fallo renal (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la IRA es un síndrome que se presenta por múltiples causas que provocan una injuria, afectando cerca del 10% de la población mundial y llevando a complicaciones irreversibles de la función renal que requieren terapias alternativas (3).

En la ciudad de Nueva York, en un estudio realizado, se observó que el 34% de un total de 815 pacientes críticos en UCI, requirieron terapia de hemodiálisis, por lo que la IRA se relacionó con una mortalidad de 45% comparando con una mortalidad de 7% de aquellos que no tenían IRA (3).

En el contexto de la enfermedad por COVID-19 a la realidad de los servicios de cuidados críticos, la insuficiencia renal aguda es considerado un marcador de gravedad y factor negativo para la supervivencia (5). muy frecuente por lo que es de importancia su temprana identificación puesto que, se ha demostrado ser un

indicador para la valoración de supervivencia y pronóstico (6). Así como de morbimortalidad asociados a múltiples factores que lo acompañan para su progreso (7).

En un estudio realizado en Perú, se encontró que los niños que ingresan a cuidados intensivos poseen el riesgo que sufrir IRA aumenta de 5 a 10 % con factores de riesgo muy altos respecto a los que se encuentran en hospitalización general (8). así mismo, otro estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, se encontró que la Falla Renal Aguda tiene una sobrevida del 66.67% (9).

Además de ello, la enfermedad por COVID-19 ha incrementado éstas cifras que, a su vez, se manifiesta con síntomas respiratorios, fiebre, tos, dificultad respiratoria y cuando llega a ser grave, se presenta con síndrome respiratorio agudo severo, neumonía, insuficiencia renal e incluso la muerte (10).

El análisis de la mortalidad por insuficiencia renal durante la pandemia en el Perú, se ha manifestado con un exceso de muertes relacionadas con la enfermedad del coronavirus abarcando cifras alarmantes de entre 36,8% en 2020 y del 38.83% en 2021, lo que preocupa y genera la necesidad de indagar necesidades y estrategias de prevención (11).

En un estudio en Argentina, en el año 2020, se obtuvo que la causa más frecuente de IRA fue la necrosis tubular aguda isquémica (36,1%) y sepsis (41,2%). El 22,7% diabetes, así como la mortalidad fue 58,76% (12).

La Sociedad española de medicina intensiva, en un estudio del año 2022, obtienen que la mortalidad global, utilizando la escala RIFLE Y AKIN fue de 40,9 y 44,6% de los pacientes, mayor a la de los pacientes sin IRA, a una proporción de fallecidos con daño más severo en los servicios críticos. Se encontró que la mortalidad fue de 46,56 y 50,40%, respectivamente (13).

Hoy en día, a pesar de los avances tecnológicos y nuevas alternativas de tratamiento, la mortalidad sigue siendo alta en los países desarrollados en un 20 y 80%, en relación a la causa de la IRA y su severidad (14).

Según un estudio en Chile, en el año 2017, el mayor porcentaje de casos de IRA, se presenta en UCI con incidencias de 27 y 67% y que establece una relación entre la mortalidad precoz y la IRA, siendo esta la más agresiva en los servicios críticos (15).

De lo anterior, se concluye que la IRA es un problema de salud pública que compromete a territorio mundial, latinoamericano y nacional. Por consiguiente, es indispensable los aspectos esenciales como la identificación de los factores de riesgo que lo conllevan.

En consecuencia, la gravedad de la lesión renal aguda predice la necesidad de terapia de reemplazo renal. Está claro que, al existir una progresiva disminución de la tasa de filtración glomerular, trayendo como consecuencia la elevación de la creatinina y urea, además de otros productos de desecho tóxicos con alteración del balance hidroelectrolítico, además de ello, la IRA suele presentarse con hipoperfusión consecuentemente con daño por liberación de citoquinas y alteración en el sistema inmunológico que empeora la infección (16).

Además de alteración de líquidos, electrolitos o edema de pulmón, como también alteraciones del medio interno, del sodio, acidosis metabólica grave con $\text{pH} < 7,2$ y la aparición del cuadro urémico es así que, en cuanto a la falla renal aguda, Acute kidney injury (AKIN) define como el aumento en la creatinina sérica $\geq 50\%$ en 48 hs. o ≥ 0.3 mg/dl o una producción de orina < 0.5 ml/kg/hora en un tiempo > 6 hs. Por ende, considera como criterios para inicio de terapia de reemplazo renal en la UCI (17).

Un estudio refiere que los indicadores que conllevan a terapia de reemplazo renal son hipovolemia con afectación refractaria a tratamiento diurético, hipercalemia, uremia 150-200mg/dl con afectación clínica, pericarditis y/o encefalopatía urémica (18) afección respiratoria refractaria a tratamiento diurético, pericarditis y acidosis metabólica severa ($\text{pH} < 7$) (19).

Además de la importancia de la terapia de reemplazo renal, existen factores asociados que se relacionan con la IRA y su tasa de mortalidad, por lo que nos

referimos a el uso de fármacos nefrotóxicos, contrastes radiológicos y la inestabilidad hemodinámica como factores para comienzo de un daño prerenal y consecuentemente a requerir terapia de hemodiálisis (20).

Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN) refiere que los factores nefrotóxicos, el control de la creatinina, monitorización hemodinámica de volumen, monitoreo de volutrauma y baro trauma en pacientes críticos, son prevenibles para evitar lesión renal (21).sin embargo, la causa extra renal se encuentra en primer lugar en cada servicio (22).

Por otra parte, en un estudio se encontró que, los factores de riesgo identificados son: ERC, la sepsis, variable descrita en los scores como predictor de riesgo de AKI (23) y las causas más comúnmente asociadas son el fracaso de la autorregulación renal, nefrotoxicidad directa, isquemia, hipoperfusión y estados inflamatorios (24).

Fernández y colaboradores (25), en Lima – Perú, durante el año 2018, desarrollaron un estudio titulado “características clínicas y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia renal aguda, en hemodiálisis, atendidos en un hospital de tercer nivel del Perú”. En donde, recolectaron información clínica y de análisis de laboratorio de las historias clínicas, ahí encontraron que, de 183 pacientes, la mortalidad intrahospitalaria fue de 55% (n=100). Concluyendo que, la sepsis es la principal causa más frecuente de IRA.

Venegas y Areztegui (26), en lima, en 2017, realizaron un estudio titulado “Características clínicas los pacientes con injuria renal aguda (IRA) en una unidad de cuidados intensivos (UCI. Tuvo como muestra 40 historias clínicas de pacientes que presentaron IRA durante su estancia en la UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de Lima, en el periodo de enero a junio del 2017, obteniendo como resultado: La tasa de mortalidad fue de 42,5%. Y también el 42,5% fallecieron. Conclusión: La injuria renal aguda en UCI fue una patología frecuente con alta mortalidad.

Pérez y colaboradores (27), en Cuba, en 2020, en un estudio titulado “Variables clínicas y epidemiológicas en pacientes con injuria renal aguda, los mismos que

fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General de la provincia Las Tunas, entre enero a junio del 2020. Dicho estudio se realizó a 60 pacientes mayores de 18 años con injuria renal aguda. Después de 10 días y de haber agrupado 2 grupos de 30 personas se obtuvo que la media como resultado fue $52,57 \pm 15,03$ años y el 68,33 % eran del sexo masculino. Entre ambos grupos existieron diferencias en cuanto a la enfermedad renal crónica previa y sepsis, así como en las cifras de creatinina, filtrado glomerular y urea, siendo aún peor en los fallecidos. Predominó la causa prerrenal (71,67 %). La mayor incidencia de muertes ocurrió al tercer y octavo día del respectivo seguimiento. Se concluye que la sepsis y las cifras de creatinina fueron variables y tuvieron diferente incidencia en los grupos estudiados, en consecuencia, del estudio de enfermedad renal aguda.

Ferrando y colaboradores (28), en España, en el año 2020, realizaron un estudio titulado "Características clínicas y la evolución de los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 y determinar los factores de riesgo de la mortalidad en UCI de dichos pacientes". Incluyó a los pacientes críticos de COVID-19 ingresados en UCI de España y Andorra en un total de 663 pacientes. Obteniendo como resultado que la mortalidad general en UCI fue del 31% (203 pacientes). insuficiencia renal aguda (IRA) 58%, shock 42% y arritmias 24 %. Concluyendo que los pacientes mayores de COVID-19 con APACHE II de mayor ingreso, que llegaron a desarrollar IRA en grados II o III o shock séptico en la estadía en UCI tuvieron un riesgo de muerte incrementado. La mortalidad en salas UCI fue del 31%.

La IRA es frecuente en pacientes críticos a pesar de las diferentes técnicas aplicadas al caso de la función renal (TRFR) dicha mortalidad está asociada al síndrome de disfunción orgánica múltiple la cual sigue siendo alta actualmente. Los cuidados y la vigilancia de Enfermería cumplen un rol muy importante y significativo en la detección precoz de los factores predisponentes de inicio de una IRA. Conociendo estos factores se puede tomar medidas de cuidado y prevención de los incrementos de mortalidad por sus complicaciones que acarrea.

El incremento de la tasa de mortalidad por Insuficiencia renal aguda ha despertado la iniciativa de conocer cuáles son los factores predisponentes que anticipan su incremento, lo cual nos ayudaría a prevenir. De conocer éstos factores y qué es lo que lo conlleva en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se podría plantear estrategias de prevención ante una posible terapia de sustitución renal que incrementa el riesgo de mortalidad.

En cuanto su valor práctico del estudio, los hallazgos encontrados, serán evidencia científica para crear mejoras en el cuidado al paciente crítico, así como en cuanto a su valor social, de tal modo que se pueda evitar la IRA y consecuentemente números de fallecidos. El presente, será realizado con método científico de modo que garantice la fiabilidad dentro de la metodología para un resultado exitoso.

El objetivo que se plantea será el siguiente: Definir las características clínicas de los Pacientes fallecidos por Insuficiencia renal aguda en la unidad de cuidados intensivos - Hospital de emergencias Ate Vitarte, 2022

II. MATERIAL Y MÉTODO

De acuerdo a las herramientas y procedimientos utilizados en la siguiente investigación, se trabajó con lo siguiente:

2.1 DISEÑO Y ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación cuenta con la metodología cuantitativa debido a que permitirá medir y cuantificar la realidad ya que se da origen el fenómeno, planteamiento que implica la posibilidad de realizar la recopilación de la información. El diseño de la presente investigación es no experimental, transversal, debido a que se fijará la no manipulación de las variables teniendo en cuenta que las estudiaremos en el contexto del estudio (30).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La cantidad de población de estudio comprenderá 150 historias clínicas de pacientes del Área de Unidad de cuidados críticos del Nosocomio de Emergencia Ate Vitarte, obteniendo a partir de dicha población una muestra de 108 respecto a la población y que se considerará para su selección.

2.2.1 Criterios de inclusión

- historias clínicas que registren diagnóstico médico de Insuficiencia renal aguda.
- historias clínicas que se encuentren en ventilación mecánica.
- Historias clínicas que cuenten con registros de exámenes de laboratorio.
- Historias clínicas de pacientes entre las edades de 30 y 50 años de edad.

2.2.2 Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes sin ventilación mecánica.
- Historias clínicas de pacientes aún con vida.

Para el cálculo de la muestra utilizaremos la fórmula de la población finita, que conlleva a una confianza del 95% y un error de 5% con resultado $n = 108$.

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Dónde:

N = Tamaño total de la población (150)

Z = Nivel de confianza (1.96)

p = Probabilidad de éxito (0,5)

q = Probabilidad de fracaso (0,5)

n = Tamaño de muestra.

E = Error (0.05)

En el presente estudio las variables tomarán los siguientes valores: población (N) de 150 historias clínicas, nivel de confianza de 95% ($z^2 = 1.96$), al no conocer la probabilidad total, se tomará el valor de 50% = 0.5, además se considerará un error de margen del 5% = 0.05

$$n = \frac{1.96^2 150(0.5)(0.5)}{0.05^2(150-1) + 1.96^2(0.5)(0.5)} = 108$$

El muestreo de esta investigación fue probabilístico, así como la técnica aleatorio sistemático.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

Características clínicas

DENICIÓN CONCEPTUAL: “Las características clínicas son datos e información relevante que define la causa de fallecimiento en una población, área geográfica y período determinado. La tasa bruta de fallecimiento expresa la frecuencia con que ocurren las defunciones en un período de tiempo

determinado, por cada mil habitantes” (31).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Las características clínicas de pacientes fallecidos por IRA en la UCI, son indicadores de sepsis y falla multiorgánica de pacientes con IRA en la UCI en el Hospital de Emergencia Ate Vitarte, el cual será medido por una ficha de recolección de datos validado, que consta de dimensiones: datos generales, clínica, laboratorio y tratamiento.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos será posible gracias al empleo de la técnica de observación, la cual consiste en la obtención de información a partir de las historias clínicas; como instrumentos necesarios para el registro de datos pertinentes, se tomará en cuenta un instrumento, cuya autoría es de Sherley Anahi Diestra Loyola publicado en el año 2019. Dicho instrumento, cumple con el criterio de validez al haber sido evaluado y aprobado por jueces expertos; además de ser confiable.

la cual está conformada por 04 dimensiones correspondientes a: Datos generales, clínica, Laboratorio y tratamiento. El instrumento consta de 12 partes con ítem para marcar SI o NO, para registrar valores más altos, en cuanto a exámenes de laboratorio y marcar según sea el caso. Se calificará en el caso re respuestas dicotómicas SI=1 y NO=0 y se considerará valores más altos de laboratorio.

I: **Datos generales** consta de 5 ítem. Para llenar y marcar.

II: **Comorbilidad:** Consta de 12 ítem para marcar SI o NO.

II: **Uso de Nefrotóxicos:** Consta de 6 alternativas para marcar SI o NO.

III. **Causa de ingreso a UCI:** Consta de 9 alternativas para marcar SI o NO.

Respecto a las preguntas dicotómicas, de un total de 27, se asignará un puntaje de 0 para respuesta “NO” y 1 para respuesta “SI”.

- IV: Exámenes auxiliares al ingreso:** Consta de 15 ítems. Que completa su valor real encontrado y se considera alta al resultado que sobrepase del valor normal.
- V. Causa de IRA:** Consta de 6 ítem. Para marcar según sea el caso.
- VI. Causa de ERC:** Consta de 6 ítem. Para marcar según sea el caso.
- VII. Tiempo de Hemodiálisis:** ítem. Para completar.
- VIII. Acceso de ingreso a hemodiálisis:** Consta de 4 ítem. Para marcar.
- IX: Servicio de ingreso a UCI:** Consta de 6 ítem. Para marcar según corresponda.
- X. Indicación de ingreso a UCI:** Consta de 5 ítem. Para marcar según corresponda.
- XI: Tipo de agente vasopresor y/o inotrópico:** Consta de 7 ítem. Para marcar según corresponda.

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones para la recolección de datos

Se presentará una carta de presentación ante la dirección del Hospital de Emergencia Ate Vitarte, procedente de la escuela de pos grado de la universidad María Auxiliadora y que a la vez se solicitará autorización a la autoridad correspondiente sobre la aplicación del instrumento de recolección de datos tomando como unidad de análisis las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.5.2 Aplicación de instrumentos de recolección de datos

Iniciaremos el proceso explicando las razones de la investigación en reunión sostenida con la jefa de servicio a quien se explicara los objetivos que pretendemos alcanzar, así como una cantidad estimada de expedientes que realizaremos en los días hábiles, calculando un promedio de revisión de 5 expediente por día, habiendo estimado un promedio de 25 a 40 minutos por cada unidad muestral, lo que hace un total de 22 días hábiles aproximadamente.

Como procedimiento final se recolectarán todas las encuestas, para luego codificarlas.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de datos se tendrá en cuenta la codificación de cada encuesta y de cada ítem y luego se ingresarán los datos en la data Excel preparada para tal fin, una vez concluido este procedimiento se traslada al sistema estadístico SPSS versión 25 para concluir finalmente con el análisis inferencial para validar la relación entre las variables del estudio, con la elaboración de tablas y gráfico de distribución de frecuencias para cada una de las dimensiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Autonomía: se garantizará el resguardo de la información encontrada en cada historia clínica, ratificando nuestro compromiso de ser los únicos responsables de la revisión y tratamiento de los datos del paciente. **Beneficencia:** en cumplimiento de este principio, los resultados del estudio están orientados al logro de la mejora de los registros en pro del cuidado que se administra. **Justicia:** todas las historias serán tratadas sin discriminación únicamente se aplicará los criterios de inclusión y exclusión. **No maleficencia:** al ser una investigación de revisión documentaria no se pondrá en riesgo ni dañará la integridad de los pacientes ni de los profesionales enfermeros integrantes de la muestra (32).

.

3.2 Recursos financieros

| MATERIALES | 2022 | | | | | TOTAL |
|---------------------------------|-------|-------|--------|-----------|---------|-------|
| | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | octubre | S/. |
| Equipos | | | | | | |
| 1 laptop | 2,200 | | | | | 2,200 |
| Disco duro externo 1 Tb | | 250 | | | | 250 |
| Materiales de escritorio | | | | | | |
| Lapiceros | | 10 | | | | 10 |
| Hojas bond A4 | | | 10 | | | 10 |
| Material Bibliográfico | | | | | | |
| Libros | | 60 | 60 | 10 | | 130 |
| Fotocopias e impresiones | | 80 | 40 | 10 | 40 | 170 |
| Espiralado | | 7 | 10 | | 10 | 27 |
| Otros | | | | | | |
| Movilidad | | 50 | 50 | 100 | 300 | 500 |
| Viáticos | | 50 | 50 | 50 | 100 | 250 |
| Comunicación | | 50 | 20 | 10 | | 80 |
| Recursos Humanos | | | | | | |
| Asesor estadístico | | 200 | | | | 200 |
| Imprevistos* | | | 100 | | 100 | 200 |
| TOTAL | | 2,632 | 340 | 180 | 550 | 3,927 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrea Pazmiño. factores predisponentes de la insuficiencia renal aguda en niños menores de cinco años con sepsis ingresados en la unidad de cuidados intensivos del hospital de niños baca ortíz durante el período enero 2008 a diciembre 2011. “ [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 22]. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/4402>
2. Sociedad Española de Nefrología. Insuficiencia renal aguda en la infección por Coronavirus Sars-Cov2 (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-infeccion-por-340>
3. Caicedo Mesa A, Méndez Fandiño YR, Larrotta Salamanca LX, Díaz Lache LL, Forero Alvarado MJ, Cortés Motta HF, et al. Pandemia de COVID-19 y enfermedad renal ¿qué sabemos actualmente? Rev Colomb Nefrol [Internet]. 2020 Apr 15 [cited 2021 Oct 28];7(1):23–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.438>
4. Arangoitia Cancho ARM. Factores relacionados con sobrevida renal en pacientes con falla renal aguda en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Luis N. Sáenz, 2014 [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13527>
5. Montserrat Antón Gamero y Angustias Fernandez Escribano. DAÑO RENAL AGUDO [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 5]. Available from: www.aeped.es/protocolos
6. Briceño Vicuña JA. Factores asociados a sobrevida renal en pacientes con falla renal aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” del Callao [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2496>
7. Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/DGE-V.01. Alerta Epidemiológica [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zOW-jMLdgsEJ:www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/07/AE-002->

- 2020-Nuevo-coronavirus_Actualizado_24-enero.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
8. Servicio de Nefrología HPU de CCA. FALLO RENAL AGUDO EN UNIDADES CRÍTICAS. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/353/356>
 9. Cuidados críticos. Red de Lesiones Renales Agudas: informe de una iniciativa para mejorar los resultados en la lesión renal aguda [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://doi.org/10.1186/cc5713>
 10. Revista Nefrológica Argentina. Insuficiencia renal aguda y sepsis [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3ZbTcnKojbAJ:www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2018/volumen16_1/Articulo_01_marzo.pdf+&cd=13&hl=es&ct=clnk&gl=pe
 11. Nefrología al Día. Insuficiencia Renal Aguda [Internet]. 20009 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=XX342164212001843>
 12. Medicina Intensiva. Terapia de reemplazo renal en paciente crítico: cambios evolutivos del tratamiento en los últimos años [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.01.005>
 13. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Evolución del fracaso renal agudo en pacientes críticos hemodializados [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 28]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942019000100063&script=sci_arttext&tlng=en
 14. Juvé M, Anton P. Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual. Nursing (Ed. española) [Revista en internet] 2012 [Acceso 07 de Abril de 2022]; 30(3):52-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021253821270047X>.
 15. Andrea Pazmiño. factores predisponentes de la insuficiencia renal aguda en niños menores de cinco años con sepsis ingresados en la unidad de cuidados

intensivos del hospital de niños baca ortíz durante el período enero 2008 a diciembre 2011. “ [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 22]. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/4402>

16. Sociedad Española de Nefrología. Insuficiencia renal aguda en la infección por Coronavirus Sars-Cov2 (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-insuficiencia-renal-aguda-infeccion-por-340>
17. Caicedo Mesa A, Méndez Fandiño YR, Larrotta Salamanca LX, Díaz Lache LL, Forero Alvarado MJ, Cortés Motta HF, et al. Pandemia de COVID-19 y enfermedad renal ¿qué sabemos actualmente? Rev Colomb Nefrol [Internet]. 2020 Apr 15 [cited 2021 Oct 28];7(1):23–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.438>
18. Arangoitia Cancho ARM. Factores relacionados con sobrevida renal en pacientes con falla renal aguda en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Luis N. Sáenz, 2014 [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/13527>
19. Montserrat Antón Gamero y Angustias Fernandez Escribano. DAÑO RENAL AGUDO [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 5]. Available from: www.aeped.es/protocolos
20. Briceño Vicuña JA. Factores asociados a sobrevida renal en pacientes con falla renal aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” del Callao [Internet]. 2007 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2496>
21. Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/DGE-V.01. Alerta Epidemiológica [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 5]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zOW-jMLdgsEJ:www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/07/AE-002-2020-Nuevo-coronavirus_Actualizado_24-enero.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
22. Servicio de Nefrología HPU de CCA. FALLO RENAL AGUDO EN UNIDADES CRÍTICAS. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD

- [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/353/356>
23. Cuidados críticos. Red de Lesiones Renales Agudas: informe de una iniciativa para mejorar los resultados en la lesión renal aguda [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://doi.org/10.1186/cc5713>
 24. Revista Nefrológica Argentina. Insuficiencia renal aguda y sepsis [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3ZbTcnKojbAJ:www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2018/volumen16_1/Articulo_01_marzo.pdf+&cd=13&hl=es&ct=clnk&gl=pe
 25. Nefrología al Día. Insuficiencia Renal Aguda [Internet]. 20009 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=XX342164212001843>
 26. Medicina Intensiva. Terapia de reemplazo renal en paciente crítico: cambios evolutivos del tratamiento en los últimos años [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.01.005>
 27. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Evolución del fracaso renal agudo en pacientes críticos hemodializados [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 28]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942019000100063&script=sci_arttext&tlng=en
 28. Juvé M, Anton P. Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual. *Nursing (Ed. española)* [Revista en internet] 2012 [Acceso 07 de Abril de 2022]; 30(3):52-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021253821270047X>.
 29. Caicedo Mesa A, Méndez Fandiño YR, Larrotta Salamanca LX, Díaz Lache LL, Forero Alvarado MJ, Cortés Motta HF, et al. Pandemia de COVID-19 y enfermedad renal ¿qué sabemos actualmente? *Rev Colomb Nefrol* [Internet]. 2020 Apr 15 [cited 2021 Oct 28];7(1):23–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.7.Supl.2.438>
 30. Servicio de Nefrología HPU de CCA. FALLO RENAL AGUDO EN

UNIDADES CRÍTICAS. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/353/356>

31. Cuidados críticos. Red de Lesiones Renales Agudas: informe de una iniciativa para mejorar los resultados en la lesión renal aguda [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://doi.org/10.1186/cc5713>.
32. Nefrología al Día. Insuficiencia Renal Aguda [Internet]. 20009 [cited 2021 Nov 5]. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=XX342164212001843>

ANEXOS

Anexo A. Matriz de Operacionalización

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | N° DE ÍTEMS | VALOR FINAL | CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES |
|---------------|--|--|--|-----------------|--|-------------|--------------|---|
| La mortalidad | Tipo de variable según su naturaleza: Cuantitativa Escala de medición: De razón, Nominal Continua, dicotómica y discreta según corresponda. | “Las características clínicas son datos e información relevante que define la causa de fallecimiento en una población, área geográfica y período determinado. La tasa bruta de fallecimiento expresa la frecuencia con que ocurren las defunciones en un período de tiempo determinado, por cada mil habitantes” (31). | Las características clínicas de pacientes fallecidos por IRA en la UCI, son indicadores de sepsis y falla multiorgánica de pacientes con IRA en la UCI en el Hospital de Emergencia Ate Vitarte, el cual será medido por una ficha de recolección de datos validado, que consta de dimensiones: datos generales, clínica, laboratorio y tratamiento. | Datos generales | Edad Sexo Procedencia | 5 | SI NO | . Resultado superior a valor normal. . Afirma o niega. |
| | | | | Clínica | Motivo de ingreso a Uci. N° de órganos comprometidos Comorbilidades Uso de nefrotóxicos Causa de IRA APACHE II SOFA LIANO | 7 | | |
| | | | | Laboratorio | Hemoglobina Na K PH HCO3 Pco2 PO2 SatO2 PaFO2 Agap Lactato Urea Creatinina | 13 | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|---|---|--|--|
| | | | | Tratamiento | Terapia dialítica Tipo de terapia dialítica Soporte ventilatorio Soporte hemodinámico | 4 | | |
|--|--|--|--|-------------|---|---|--|--|

Anexo B. Instrumento**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****I.- DATOS GENERALES:**

1.- H.C. _____

2.- Edad: _____

3.- Sexo: M F

4.- Fecha de Ingreso: _____

5.- Fecha de Egreso: _____

II.- COMORBILIDADES:

| | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------|----|----|---------------------------|----|----|
| DM | | | VIH | | |
| HTA | | | CIRUGÍA MAYOR | | |
| ENFERMEDAD CORONARIA | | | INSUFICIENCIA CARDIACA | | |
| ENFERMEDAD AUTOINMUNE | | | ARRITMIAS | | |
| ERC EN HEMODIALISIS | | | ACV | | |
| ENF. HEPATICA | | | OTRO | | |

III.- USO DE NEFROTÓXICOS:

| | SI | NO |
|---|----|----|
| Ninguno | | |
| Aminoglicosidos Amikacina Gentamicina | | |
| AINES | | |
| Sustancia de Contraste | | |
| Vancomicina | | |
| Otros | | |

IV.- CAUSA DE INGRESO A UCI:

| | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| Falla Circulatoria | | |
| Insuficiencia Respiratoria | | |
| Síndrome Coronario Agudo | | |
| Estado post Quirúrgico | | |
| Traumatismo craneoencefálico | | |
| Pancreatitis severa | | |
| Edema pulmonar cardiogénico | | |
| Cetoacidosis Diabética | | |
| Otros | | |

V.- EXÁMENES AUXILIARES AL INGRESO:

| Controles | 1 | 2 | 3 | 4 | Alta |
|-------------|---|---|---|---|------|
| Creatinina | | | | | |
| Urea | | | | | |
| pH | | | | | |
| Pco2 | | | | | |
| PO2 | | | | | |
| HCO3 | | | | | |
| Lactato | | | | | |
| Na | | | | | |
| K | | | | | |
| Leucocitos | | | | | |
| Hemoglobina | | | | | |
| TGO/TGO | | | | | |
| Bilirr.T/BD | | | | | |
| APACHE II | | | | | |
| SOFA | | | | | |
| LIANO | | | | | |

VI.- CAUSA DE IRA

| | |
|-----------------------|--|
| Hipoperfusión | |
| Nefrotoxicos | |
| Uropatía Obstructiva | |
| Glomerulonefritis | |
| Nefritis Intersticial | |
| Obstrucción vascular | |

VII.- CAUSA DE ERC

| | |
|--------------------|--|
| DIABETES MELLITUS | |
| HTA | |
| LES | |
| NO FILIADA | |
| POLQUISTOSIS RENAL | |
| OTROS | |

VIII.- TIEMPO EN HEMODIALISIS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

IX.- ACCESO DE INGRESO A HEMODIALISIS

| | |
|---------------------------|--|
| CATETER TEMPORAL | |
| CATETER LARGA PERMANENCIA | |
| FISTULA | |
| DEBUT | |
| | |

IX.- SERVICIO DE INGRESO A UCI

| | |
|--------------------|--|
| CIRUGIA | |
| GINECO OBST | |
| EMERGENCIA | |
| MEDICINA | |
| UCE | |
| OTRO | |

VII.-INDICACION DE INGRESO A UCI

| | |
|----------------------------------|--|
| Soporte hemodinámico | |
| Ventilación Mecánica | |
| Monitoreo Post Operatorio | |
| Vigilancia | |
| Otra | |

VIII.- TIPO DE AGENTE VASOPRESOR Y/O INOTROPICO

| | SI | NO | Dosis |
|---------------|----|----|-------|
| Noradrenalina | | | |
| Dopamina | | | |
| Adrenalina | | | |
| Dobutamina | | | |
| Vasopresina | | | |
| Otros | | | |
| Ninguno | | | |