



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VARIACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS
DEL PROCESO HEMODIALÍTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ,
CUMANÁ, ESTADO SUCRE

(Modalidad: Cursos especiales de Grado)

MARIUGLYS ELENA ARREAZA URBANEJA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

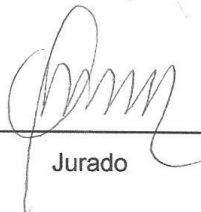
Cumaná, mayo 2018

VARIACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS
DEL PROCESO HEMODIALÍTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ÁLCALÁ,
CUMANÁ, ESTADO SUCRE

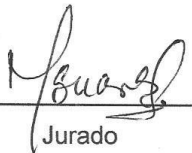
APROBADO POR:



Msc. América Vargas
Asesora académica



Jurado



Jurado

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
LISTA DE FIGURAS	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGIA	6
Muestra población	6
Obtención de las muestras	6
Técnicas empleadas.....	7
Medición de la presión arterial	7
Análisis estadístico	7
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	8
CONCLUSIONES	10
BIBLIOGRAFÍA	11
ANEXO	14
HOJAS DE METADATOS.....	17

DEDICATORIA

A:

Dios todo poderoso y al espíritu santo por acompañarme y guiarme siempre.

Mi madre María Magdalena Urbaneja por enseñarme a perseverar, por apoyarme y darme ánimos en esos momentos difíciles, por todo el amor y la ayuda que me ha brindado en todo este tiempo. Gracias por regalarme la dicha de ser tu hija este triunfo es tuyo.

Mi hija Sofía Valentina Ortiz Arreaza por darme las fuerzas y las ganas de salir adelante, fuiste y serás mi impulso siempre para alcanzar todas las metas que me quedan por alcanzar, te amo.

Mi padre Aristobulo Arreaza y abuela Petra Urbaneja los amo y sé que desde el cielo están celebrando y aplaudiendo este triunfo. Siempre los tendré presentes, aunque no se encuentren conmigo físicamente los llevo en mi corazón.

Mis hermanos Arismar, Cesar Luis y Luis Miguel por su apoyo y paciencia en especial a ti Arístides Arreaza porque sin tu ayuda no hubiese podido alcanzar esta meta.

Mi familia gracias por haber fomentado este anhelo de superación, apoyarme en los buenos y malos momentos.

Mis profesores, amigos y compañeros por formar parte de este recorrido.

AGRADECIMIENTOS

A:

La Universidad de Oriente y mis profesores por permitirme ser parte de su equipo, por formarme personal y profesionalmente.

Mi asesora académica América Vargas y el profesor William Velásquez por sus ayudas desinteresadas y brindarme parte de sus conocimientos. Mi admiración y cariño

Doctor Carlos Arandia por su apoyo y colaboración.

Las licenciadas en enfermería que laboran en el área de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá por su ayuda y colaboración.

Todo el personal que labora en el área de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá.

La Msc. Osmarilys Sulbarán por el apoyo aportado

Los pacientes que voluntariamente se prestaron para llevar a cabo esta investigación.

Todos mis amigos y compañeros que de una u otra manera contribuyeron para que lograra alcanzar esta meta, ¡gracias!.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Valores promedio de la presión arterial sistólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con ERC hemodializados provenientes de la unidad de Diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), Cumaná, estado Sucre. Ns: diferencias no significativas. . 8

Figura 2. Valores promedio de la presión arterial diastólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados provenientes de la unidad de Diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), Cumaná, estado Sucre. ... 9

RESUMEN

Se evaluaron las variaciones de la presión arterial antes, durante y después de la hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) hemodializados del área de diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA) de la ciudad de Cumaná, estado Sucre. Para tal fin se midieron las presiones arteriales (sistólica y diastólica) por el método de Korotkov antes, durante y después de la hemodiálisis en los pacientes antes señalados. El análisis estadístico Anova simple no arrojó diferencias significativas para las presiones arteriales, sistólica y diastólica, sin embargo, se pueden observar ligeras disminuciones en la presión arterial sistólica con valores disminuidos en el grupo de pacientes con ERC, durante y post diálisis en relación a la toma de la presión arterial antes del proceso de hemodiálisis y diferencias no significativas para la presión arterial diastólica con valores ligeramente incrementados en el grupo de pacientes con ERC durante y post diálisis del proceso hemodialítico. Todo lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que los pacientes con ERC hemodializados muestran ligeras variaciones de la presión arterial durante y después del proceso de hemodiálisis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un síndrome en el que se experimenta una pérdida progresiva de la función renal con reducción persistente del índice de filtración glomerular (IFG) que puede conducir a un estado terminal de la enfermedad debido a un proceso de destrucción irreversible de nefronas que disminuye significativamente las funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas y con ello la incapacidad renal para excretar productos de desecho y mantener los equilibrios hidroelectrolítico y ácido-básico (Cabrera, 2004).

Esta patología es causada predominantemente por enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial HTA es una enfermedad grave y peligrosa con cifras elevadas a nivel mundial desencadenada por múltiples factores de riesgo, las personas que sufren diabetes y HTA son más propensas a sufrir esta enfermedad, ocasionando daño a órganos y complicaciones que comprometen la vida del paciente (Boté, 2009).

El diagnóstico tardío de la ERC puede traer consecuencias no deseadas para el paciente, ya que el declive de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones que devienen en un pronóstico adverso con deterioro de muchas funciones orgánicas y sistémicas como la cardiovascular afectándose de forma directa y significativa la presión arterial, la cual es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y ERC considerándose tanto causa como consecuencia de esta última y uno de los principales factores que contribuyen a su progresión, reportándose que está presente en el 70,00 % de los pacientes con ERC terminal (Hyman, 2001; Flores, 2009).

Debido a las importantes limitaciones que presenta la recolección de orina en 24

horas, a partir de grandes estudios epidemiológicos se han desarrollado diferentes fórmulas o ecuaciones derivadas de los valores de la creatinina sérica que intentan relacionar matemáticamente diversas variables sociodemográficas, analíticas y nutricionales para el cálculo de la función renal. (Stevens y cols., 2009).

El método más utilizado en la práctica clínica para la estimación del IFG se basa en el uso de ecuaciones entre ellas, las más utilizadas son las propuestas por Coroft y Gault y la MDRD (desarrollada a partir del estudio Modification of Diet in Renal Disease). Ambas se basan en la concentración de creatinina sérica, que presenta limitaciones bien conocidas, tales como su dependencia de la masa muscular, sexo, raza y edad del paciente, además de su baja sensibilidad para detectar cambios leves a moderados en el IFG (Levey y cols., 2002).

En la progresión de la ERC, están involucrados ciertos aspectos, denominados factores riesgo, los cuales son capaces de modificar el curso clínico de la enfermedad. Estos se pueden clasificar en dos categorías: factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables. Entre los factores no modificables se incluyen: edad (mayor de 65 años), raza (3 veces más común en la raza negra), sexo, historia familiar, enfermedades hereditarias y enfermedades de transmisión genética y entre los factores de riesgo modificables se encuentran diabetes mellitus, HTA, obesidad, abuso de medicamentos (analgésicos), infecciones por microorganismos β -hemolíticos (kasper 2005).

La clasificación de la ERC se realiza considerando la presencia de daño renal o un IFG alterado, independientemente de la causa que dio origen a la

enfermedad renal. El estadio 1 se define como un IFG normal, pero con la presencia de daño renal (albuminuria) u otra anormalidad renal. El estadio 2 se define como un IFG levemente disminuida junto con la presencia de daño renal. Del estadio 3 al 5 no es necesario que estén presentes marcadores de daño renal, sino que sólo es necesario considerar el grado de disminución del IFG (Bauer, 2008).

En la evolución de la ERC se presentan manifestaciones clínicas y biológicas, que se van cumpliendo a medida que avanzan por los diferentes estadios. Es importante señalar que cualquiera sea la causa de enfermedad renal, desde el punto de vista patológico, la ERC se clasifica en 5 estadios según el compromiso renal presente. El estadio 1 la ERC es llamado silencioso, por carecer de sintomatología importante. Al seguir progresando la ERC, por la acción de diferentes factores de riesgo, el estadio 2 no presenta síntomas. Una vez que se intensifican los mecanismos de compensación, ocurren cambios en el riñón, lo que determina la aparición de lesiones histológicas progresivas; esto a su vez determina la aparición de síntomas como la HTA, edemas, hematuria, retención nitrogenada los cuales se manifiestan, el Estadio 3 de la enfermedad. Cursa con la disminución progresiva del IFG, el Estadio 4 evoluciona invariablemente hasta llegar a la fase de Uremia y falla renal, el Estadio 5, se caracteriza porque la única alternativa terapéutica es el plan sustitutivo renal, bien sea mediante diálisis o por trasplante renal (Levey y cols., 2002).

Actualmente, la ERC constituye una pandemia y la HTA está presente en prácticamente todos los estadios de la enfermedad, el descontrol hipertensivo y la necesidad de ingerir más fármacos para obtener valores tensionales adecuados se hacen más evidentes a medida que progresa el estadio de la enfermedad. El objetivo del tratamiento hipertensivo en presencia de ERC está enfocado a disminuir las cifras de presión arterial, disminuir la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo cardiovascular (Méndez, 2010).

Cuando la ERC se encuentra en etapa avanzada y el compromiso de la función renal se hace irreversible, el paciente debe someterse a procedimientos de trasplante renal o diálisis para ayudar al riñón a depurar las sustancias de desecho que, por el empobrecimiento de su función, no son posibles (Kaplan y Pesce, 1991).

La ERC y la HTA tienen una estrecha relación bidireccional causa-efecto. La disminución de la función renal está asociada al incremento de la HTA y la elevación sostenida de esta, es un factor determinante para acelerar la disminución de la filtración glomerular en todas las enfermedades renales. El tratamiento farmacológico está encaminado a disminuir el riesgo cardiovascular y enlentecer la velocidad con la que la ERC progresa hacia etapas terminales (Palomo, 2010).

La HTA puede comportarse como causa o factor agravante en la ERC. Los mecanismos por los cuales la HTA produce falla renal y contribuye a la progresión del deterioro de la función renal están relacionados con la isquemia debido al daño que esta produce en los vasos pleglomerulares, así como en los glomérulos por la acción de la HTA sistémica sobre los capilares (Agarwal, 2005).

La ERC representa la complicación más temida y final del daño renal en la HTA descompensada y de larga evolución, donde la microalbuminuria tiene un relevante valor en su detección inicial. Con un buen control de la presión arterial, se preserva la función renal en la mayoría de los pacientes, pero no en todos ellos; por el contrario, en la HTA acelerada o maligna la gravedad de las lesiones y la intensidad de la misma causan frecuentemente insuficiencia renal (Mimran y cols., 1999).

La importancia principal de la HTA en hemodiálisis radica en su negativa influencia sobre la morbilidad y mortalidad lo que se agrava más por su elevada frecuencia y difícil control, debido, al menos en parte, a la falta de guías claras para su tratamiento (Estenoz, 2011).

El individuo con ERC tiene una alta prevalencia de HTA y con ello un riesgo mayor que el de la población general para presentar eventos cardiovasculares. El estudio y el tratamiento de la HTA en la ERC han tenido avances, sobre todo en la población en diálisis. El uso de tecnología no invasiva para registrar la PA ha permitido reformar la atención médica de los enfermos en lo que se refiere al diagnóstico, vigilancia clínica, prescripción farmacológica, pronóstico y riesgo de eventos cardiovasculares, así como de mortalidad. La oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento supone un retardo en la aparición de complicaciones y en el inicio de la diálisis, la vigilancia periódica del peso seco en la población en diálisis y las intervenciones no farmacológicas encaminadas a modificar el estilo de vida, son las maniobras con mayor impacto en la morbilidad y mortalidad de los enfermos (Bakris, 2000).

En la ERC se pueden observar múltiples causas de su origen y diversas consecuencias que conllevan a un deterioro renal que se extiende a nivel glomerular con alteraciones en el grado de perfusión a través de la arteriola aferente con la consecuente alteración de la presión arterial que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes con ERC. En base a lo antes expuesto surge la necesidad de realizar el presente estudio que pretende evaluar las variaciones de la presión arterial antes, durante y después del proceso hemolítico en pacientes con ERC del hospital universitario Antonino Patricio de Alcalá, de la ciudad de Cumaná, estado Sucre.

METODOLOGIA

Muestra población

Para la realización del presente estudio, se midió la presión arterial sistólica y diastólica en pacientes con ERC, provenientes de un grupo de pacientes con ERC, con edades comprendidas entre 20 y 70 años, sometidos a tratamiento de hemodiálisis (femeninos y masculinos), de la unidad de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá.

El número de muestras representativas para este estudio se calculó de acuerdo a la fórmula propuesta por Cochran (1985).

$$n = \frac{K^2 \times N \times PQ}{e^2 \times (N-1) + (K^2 \times PQ)}, \text{ donde}$$

K= 1,96 Nivel de confiabilidad

P= 0,05 Probabilidad de aceptación

e= 0,06 Error de estudio

Q= 0,995 Probabilidad de rechazo

N= Tamaño de la muestra

Este estudio se efectuó bajo estrictas normas de la ética médica, según la declaración de Helsinki y de las normas internacionales para la Investigaciones biomédicas en las poblaciones humanas, promulgadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS, 2002).

Obtención de las muestras

A cada uno de los pacientes con ERC, sometido a hemodiálisis, se le midió la presión arterial antes, durante y después del tratamiento con hemodiálisis por

el método de auscultación para la medición de la presión arterial se procedió de acuerdo a la metodología empleada por Korotkov siguiendo las normas de la Asociación Americana del Corazón (Mayes, 1990).

Técnicas empleadas

Medición de la presión arterial

Este método consiste en medir la presión arterial por auscultación con un esfigmomanómetro que consta de un brazalete inflable conectado a un manómetro (mercurio o aneroide), una fuente de presión que consiste de una perilla de caucho y una válvula de aire y un estetoscopio que amplifica los ruidos del interior de la arteria. Valores de referencia: Presión arterial sistólica: 140,00 mmHg; presión arterial diastólica: 90,00 mmHg (Tortora y Derrickson, 2007).

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron sometidos al análisis estadístico Anova simple con el propósito de establecer las posibles diferencias significativas en las determinaciones de la presión arterial antes, durante y después del proceso de hemodiálisis en los pacientes con ERC analizados en este estudio. La toma de decisiones se realizó a un nivel de confiabilidad del 95% (Sokal y Rohlf, 1979).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La figura 1 muestra los valores promedio de la presión arterial sistólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con ERC hemodializados provenientes de la unidad de Diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), de la ciudad de Cumaná, estado Sucre. La aplicación de la prueba estadística Anova simple no arrojó diferencias significativas, sin embargo, se observan valores promedio ligeramente aumentado en los pacientes con ERC durante y post diálisis en relación a la presión arterial antes del proceso hemodialítico.

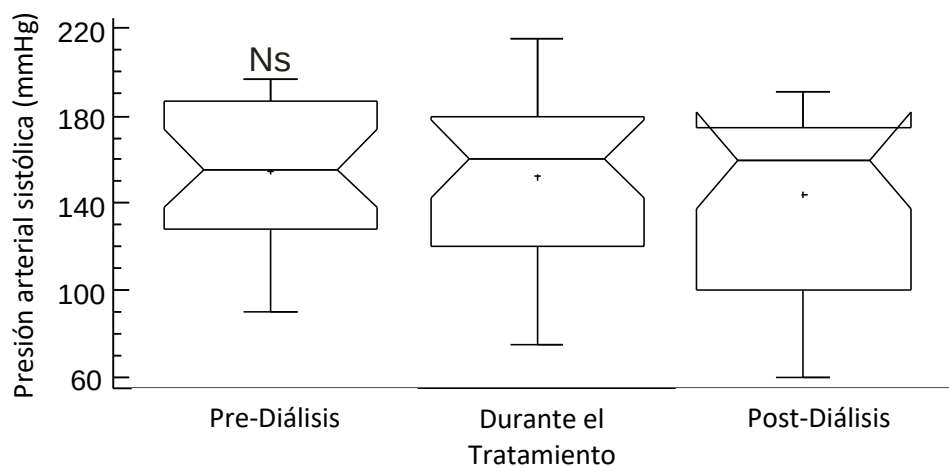


Figura 1. Valores promedio de la presión arterial sistólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con ERC hemodializados provenientes de la unidad de Diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), Cumaná, estado Sucre. Ns: diferencias no significativas.

Los incrementos ligeros de la presión arterial sistólica que se observan en los pacientes con ERC, durante y después del proceso hemodialítico puede tener su origen en el hecho de que el proceso dialítico, probablemente, incremente el accionar de la bomba muscular esquelética, la bomba respiratoria y la vasoconstricción de las arterias que a su vez aumenta el retorno venoso, aumentando así el volumen sistólico el gasto cardiaco y con ello la presión arterial sistólica (Tortora y Derrickson, 2007).

En la figura 2 se señalan los valores promedio de la presión arterial diastólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con ERC hemodializados provenientes de la unidad de diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), de la ciudad de Cumaná, estado Sucre. La aplicación de la prueba estadística Anova simple no arrojó diferencias significativas, sin embargo se observaron valores promedio ligeramente aumentados en los pacientes con ERC durante y post diálisis en relación a la presión arterial observada antes del proceso hemodialítico.

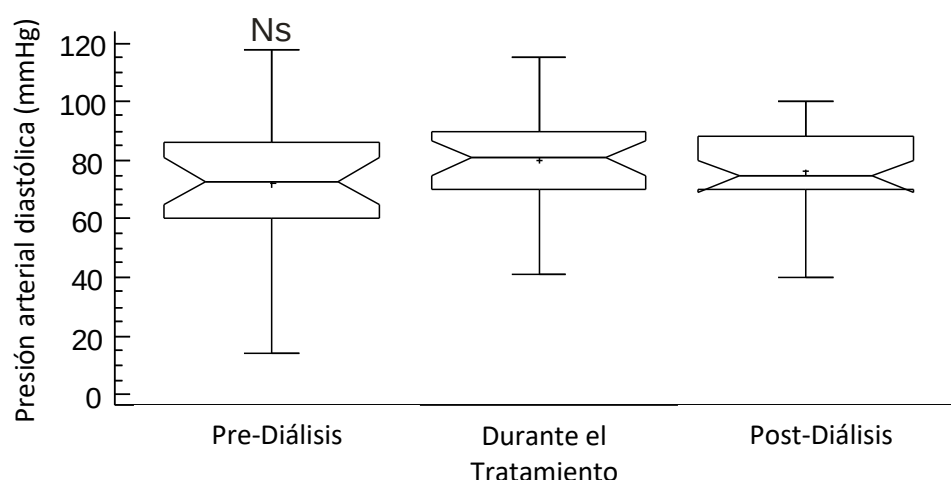


Figura 2. Valores promedio de la presión arterial diastólica, antes, durante y después de la hemodiálisis, medidos en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados provenientes de la unidad de Diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), Cumaná, estado Sucre.

Las posibles explicaciones a los ligeros aumentos de la presión arterial diastólica durante y después de la hemodiálisis observados en los pacientes con ERC, pueden tener su explicación en el hecho de que, probablemente, en estos pacientes esté ocurriendo una disminución de la estimulación del sistema autónomo simpático y de los barorreceptores, que pueden ocasionar disminuciones de la presión arterial diastólica como la que se observa en estos pacientes nefróticos durante y después del proceso de hemodiálisis (Tortora y Derrickson, 2007).

CONCLUSIONES

Los pacientes con ERC hemodializados muestran ligeras variaciones de la presión arterial durante y después del proceso de hemodiálisis en relación a la presión arterial observada en estos pacientes antes del proceso de hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA

Agarwal, R.; Andersen M.; Bishu, K. y Saha C. 2006. Home blood pressure monitoring improves the diagnosis of hypertension in hemodialysis patients. *Kidney Int.*, 69(5): 900-906.

Bakris, G.; William, M.; Dworkin, L. y Elliott, W. 2000. preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach. National Kidney Foundation Hypertension and Diabetes Executive Committees Working Group. *Am j Kidney Dis.*, 36(3): 646-661.

Bauer, C.; Melamed, M. y Hostetter, T. 2008. Staging of chronic kidney disease: Time for a course correction. *J Am Soc Nephrol.*, 19:844–846.

Boté,C. 2009. Intervención *educativa sobre la enfermedad renal cronica en atencion primaria*.Educational intervention on chronic renal disease in primary healthcare. SCIELO.

Cabrera S. 2004. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol.*, 24(6):27-34.

Cochran, W. 1985 *Tecnica de Muestreo*. Segunda edicion. Editorial Continental. Mexico

Hyman, D. 2001. Characteristics of patients with uncontrlled hypertension in the United States. *N Engl j Med.*, 345: 479-486.

Kaplan, I. y Pesce, A. 1991. *Química Clínica , Técnicas de Laboratorio . Fisiopatología, Metodos de Analisis*. Editorial Medica Panamericana, S. A. Mexico.

Estenoz, G; Alvarez, M. 2011. Control y gestión de calidad en hemodiálisis. *MEDISAN*. 15(5): 657- 665.

Flores, J. 2009. Guías Clínicas: Enfermedad renal crónica. *Rev Med Chile.*, 25(3): 192-196.

Kasper, C.; Braunwald, E.; Fauci, A.; Hauser, S. y Longo, D. 2005. *Principios de Medicina Interna*. Editorial Mc Graw Hill. Santiago de Chile:

Levey, A.; Kai-Uwe, E.; Tsukamoto, Y.; Levin, A.; Coresh, J.; Rossert, J.; De Zeeuw, D.; Hostetter, T.; Lameire, N. 2009. Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica: propuesta de KDIGO. *Kidney int.*, 1: 135-146.

Mayes, G. 1990 *Interpretación Clínica de Laboratorio*. Editorial Médica Panamericana LTDH. Bogotá, Colombia.

Méndez, A.; Méndez, J.; Tapia, T.; Muñoz, A. y Aguilar L. 2010. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl.*, 31(1):7-11.

Mimram, A; Ribtein, J; Ducailler, G. 1999. Microalbuminuria in essential hypertension. *Cupopin. Nephrol Hypertens*. 8: 358-363.

Palomo, S.; Rosas, M.; Perarta, J. 2010. Tratamiento de la hipertensión arterial en la enfermedad renal crónica. *Rev Med Inst.*, 578-588.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas (CIOMS). 2002. *Pautas éticas Internacionales para la Investigación Biomédicas en seres humanos*. Cuarta edición. Ginebra.

Steven, L. y Levey, A. 2009. Current status and future perspectives for CKD testing. *Am J Kidney Dis.*, 53(53): 517-526.

Sokal, R. y Rohlf, J. 1979. *Biometría: principios y métodos estadísticos en la investigación biológica*. Primera edición. Madrid, España.

Tortora, G. y Derrickson, B. 2007. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 11va edición. Editorial Medica Panamericana, Mexico D.F.

ANEXO

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

Bajo la coordinación de la MSc. América Vargas, profesora de la Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre, se realizará el trabajo de investigación titulado: “VARIACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PROCESO HEMODIALÍTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ, CUMANÁ, ESTADO SUCRE”.

El objetivo de este trabajo de investigación es: Evaluar las variaciones de la presión arterial antes, durante y después del proceso hemodialítico en pacientes con enfermedad renal crónica de la unidad de diálisis del hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Estado Sucre.

Yo: _____

C.I: _____ Nacionalidad: V () E (). Estado Civil: S () C () D () V ()

Dirección: _____

Siendo mayor de 18 años, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que nadie medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el medio declaro mediante la presente.

1. Haber sido informado (a) de manera clara y sencilla por parte del grupo de investigadores de este proyecto de todos los aspectos relacionados con el trabajo de investigación titulado: variaciones de la presión arterial antes, durante y después del proceso hemodialítico en pacientes con enfermedad renal crónica

de la unidad de diálisis de HUAPA. Cumaná estado sucre.

2. Tener conocimiento claro de que el objetivo del trabajo antes señalado es variaciones hematológicas antes y después del proceso hemodialítico en pacientes con enfermedad renal crónica de la unidad de diálisis de HUAPA. Cumaná Estado Sucre.

3. Conocer bien el protocolo experimental expuesto por el investigador, en el cual se establece que mi participación en el trabajo consiste: medir mi presión sanguínea de manera voluntaria, la cual será medida con un esfigmomanómetro en el antebrazo por una persona capacitada y autorizada.

4. Que los valores medidos serán utilizados única y exclusivamente para determinar las cifras de los parámetros antes mencionados.

5. Que el equipo de personas que realiza esta investigación me ha garantizado confiabilidad, relacionada tanto a mi identidad como a cualquier otra información relativa a mi persona, a la que tenga acceso por concepto de mi participación en el trabajo antes mencionado.

6. Que bajo ningún concepto podré restringir el uso para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.

7. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgos e inconveniente alguno para mi salud.

8. Que cualquier pregunta que tenga en relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte del equipo de la investigación.

9. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún

beneficio de tipo económico, producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	VARIACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PROCESO HEMODIALÍTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ, CUMANÁ, ESTADO SUCRE
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Arreaza Urbaneja Mariuglys Elena	CVLAC	24878303
	e-mail	amariuglys@hotmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Presión arterial
hemodiálisis

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias	Enfermería

Resumen (abstract):

Se evaluaron las variaciones de la presión arterial antes, durante y después de la hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) hemodializados del área de diálisis del hospital universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA) de la ciudad de Cumaná, estado Sucre. Para tal fin se midieron las presiones arteriales (sistólica y diastólica) por el método de Korotkov antes, durante y después de la hemodiálisis en los pacientes antes señalados. El análisis estadístico Anova simple no arrojó diferencias significativas para las presiones arteriales, sistólica y diastólica, sin embargo, se pueden observar ligeras disminuciones en la presión arterial sistólica con valores disminuidos en el grupo de pacientes con ERC, durante y post diálisis en relación a la toma de la presión arterial antes del proceso de hemodiálisis y diferencias no significativas para la presión arterial diastólica con valores ligeramente incrementados en el grupo de pacientes con ERC durante y post diálisis del proceso hemodialítico. Todo lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que los pacientes con ERC hemodializados muestran ligeras variaciones de la presión arterial durante y después del proceso de hemodiálisis.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Vargas América	ROL	C ☐ A ☐ T ☐ J ☐ A ☐ S ☒ U ☐ U ☐
	CVLAC	9978150
	e-mail	americabelen2@yahoo.es
	e-mail	
Rodríguez Olga	ROL	C ☐ A ☐ T ☐ J ☒ A ☐ S ☐ U ☐ U ☐
	CVLAC	8.650.392
	e-mail	oerac@hotmail.com
	e-mail	
Suarez Magalys	ROL	C ☐ A ☐ T ☐ J ☒ A ☐ S ☐ U ☐ U ☐
	CVLAC	8.337.829
	e-mail	mSuarez_44@hotmail.com
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
08	05	2018

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Arreaza.doc	Aplication/word

Alcance:

Espacial: Nacional

Temporal: temporal

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciada en Enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciada

Área de Estudio: Enfermería

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente- Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30
Cordialmente,
[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNVELO
Secretario

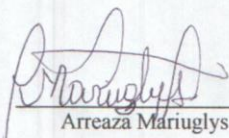
C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.


Arreaza Mariuglys
Autor


Msc. América Vargas
Asesora