



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Conocimientos sobre Autocuidados de Acceso Vascular en Pacientes con Hemodiálisis Piura 2018.

Knowledge about Vascular Access Self-care in Patients with Hemodialysis Piura 2018.

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

SCHARY MARIBEL LOAYZA PEÑA

Asesor: Franklin Ramírez Zamora.

Realizado: Centro de Hemodiálisis Santa Inmaculada del Hospital Privado del Perú.

Piura-Perú

2019

Dr. Sandoval Ato Raúl.
Presidente

Dr. Salome Luna Jorge.
Secretario

Dr. Parodi Ruesta Antonio.
Vocal

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser parte de mi vida diaria y a mi madre digno ejemplo de superación personal y fuerza vital ya que ella ha sido mi guía para la culminación de esta mi segunda profesión.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a todos los futuros colegas como contribución de autocuidados en pacientes con enfermedades crónicas.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	17
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO	26
TABLAS	30

Resumen

El trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidados de acceso vascular en pacientes con hemodiálisis. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de fuente primaria, de corte transversal; dicha información se obtuvo mediante una ficha de recolección de datos con previa autorización del participante. La población estudiada fue el total de pacientes del servicio de Nefrología en Hemodiálisis del Hospital Privado del Perú-Piura durante el periodo Enero-Agosto 2018. Los datos fueron procesados en hoja Excel y programa SPSS versión 23. **RESULTADOS** Entre quienes refirieron contar con estudios superiores, ninguno mostró conocimientos altos sobre autocuidado de acceso vascular, el 27.27% mostró conocimientos intermedios y el 72.73% tuvo conocimientos bajos sobre el autocuidado de su acceso vascular. No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos sobre autocuidado de acceso vascular en pacientes sometidos a hemodiálisis, tengan o no tengan nivel de educación superior.

PALABRAS CLAVE: ACCESO VASCULAR; AUTOCUIDADO; HEMODIÁLISIS

ABSTRACT.

The objective of this research is to determine the level of knowledge about vascular access self-care in patients with hemodialysis. **MATERIAL AND METHODS.** descriptive, observational, prospective, primary source, cross-sectional study; the information was obtained through questionnaire with authorization of the participant. The population studied was the total number of patients in the Hemodialysis Service of the Private Hospital of Peru-Piura during the period January-August 2018. The data were processed in Excel spreadsheet and SPSS version 23 program. **RESULTS** Among those who reported having higher education, none showed high knowledge about self-care of vascular access, 27.27% showed intermediate knowledge and 72.73% had low knowledge about the self-care of their vascular access. There is no statistically significant

difference in the level of knowledge about self-care of vascular access in patients undergoing hemodialysis, whether or not they have a higher education level.

KEY WORDS. VASCULAR ACCESS, SELF CARE, HEMODIALYSIS.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce cada vez más como un problema de salud pública de gran importancia. La ERC se define como un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión.

En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC supuso un paso importante en el reconocimiento de su importancia. Se promovió por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad y se definió como una tasa de filtrado glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m² o daño renal durante al menos tres meses. Siendo el daño renal la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso de la tasa de filtrado glomerular. Posteriormente, en 2012, el grupo de trabajo en ERC de las guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), añadió en la definición y la clasificación, la evaluación de las causas y de la albuminuria respectivamente, debido a que estos dos factores pueden afectar directamente al pronóstico y a la elección del tratamiento. (1)

La TFG es el parámetro actualmente utilizado para determinar la severidad de la disfunción renal.

La Iniciativa para la calidad de los resultados de la enfermedad renal de la Fundación Nacional del Riñón (NKF-KDOQI), ha estratificado la enfermedad en cinco categorías.

Según el rango de la tasa de filtración glomerular y la presencia de daño renal:

- a) Etapa 1: TFG > 90 ml / min / 1.73 m² daño renal con TFG normal.
- b) Etapa 2: TFG 60–89 ml / min / 1.73 m² daño renal y ligero descenso de TFG.

- c) Etapa 3a: TFG 45–59 ml / min / 1.73 m² descenso ligero moderado de TFG.
3b; TFG 30-44ml / min / 1.73m² descenso moderado de la TFG.
- d) Etapa 4: TFG 15–29 ml / min / 1.73 m²prediálisis.
- e) Etapa 5: TFG <15 ml / min / 1.73 m² diálisis. (2)

La diálisis es definida como un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. Como ya se ha referido, el tratamiento de diálisis consiste en dos tipos de procedimientos: La hemodiálisis y la diálisis peritoneal. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. (3)

En el futuro, un mejor control de los factores de riesgo puede preceder a una disminución en la incidencia de ERC, con prevalencias que se mantengan estables debido a una mejor atención médica y una mejor supervivencia. A largo plazo, hay razones para creer que cada vez serán menos los casos nuevos de personas con ERC. (4,5).

En Piura, del total de consultas externas por enfermedades renales, la ERC representa el 14%; Asimismo la ERC constituye el 3.6% de las causas de muerte en adultos mayores. La tasa ajustada de mortalidad por ERC, en Piura entre los años 2000-2006 fue 9.3/100,000 hbts y entre 2006-2012 fue de 5.9/100,000 hbts. (6)

Antes de poder iniciar la hemodiálisis es necesario crear una conexión entre la máquina de hemodiálisis y la sangre del paciente. Es decir, es necesario un acceso vascular. Hay tres tipos distintos de accesos vasculares que se pueden establecer para la hemodiálisis. Estos son la fístula, el injerto y el catéter. Los catéteres se utilizan más frecuentemente para los accesos vasculares transitorios y sólo se colocan en el momento en que se necesita iniciar la diálisis. El injerto es la segunda opción para el acceso vascular. Consiste en colocar un tubo de silicona mediante un procedimiento de cirugía vascular, que conecte una vena con una arteria

cercana. La mejor opción de acceso vascular para hemodiálisis es la fístula arterio venosa. La FAV se forma cuando se une una arteria con una vena, permitiendo que ésta última se desarrolle, crezca y pueda ser puncionada de manera repetida y así obtener un flujo de sangre suficiente para la realización técnica. Para realizar la FAV se elige el miembro que reúna las mejores condiciones (con preferencia el brazo no dominante). Por lo general una fístula durará muchos años. La fístula normalmente tarda uno a cuatro meses en “madurar” o agrandarse antes de que se la pueda usar. También necesita agujas para conectarse a la máquina de hemodiálisis. (7)

El área anatómica donde se realiza la unión de la arteria con la vena se denomina anastomosis y es donde se inicia el trasvase de la sangre arterial a la vena. Esta unión puede realizarse de varias formas: una de ellas es la Latero-lateral: Se unen la arteria y la vena por sus bordes laterales. Una segunda forma de unión es Termino-terminal: Se conectan la parte terminal de la arteria y la parte terminal de la vena. Garantiza el aporte de todo el flujo arterial hacia la FAV y evita la revascularización distal. Un tercer modo es la unión Latero-terminal: Se une la parte lateral de la arteria con la parte terminal de la vena. Es el Termino-lateral: Se une la parte terminal de la arteria con la parte lateral de la vena. (8)

Dependiendo de la arteria y la vena que se anastomose, la FAV recibe su nombre. Uno de ellos y es el más usado, es la localización Radiocefálica: Se une la arteria radial con la vena cefálica. Es la primera opción a considerar, ya que permite un mayor desarrollo de la red venosa y superficie de punción. (8)

En la valoración de una FAV hay que comprobar: presencia de soplo, que es el sonido que se ocasiona cuando la sangre pasa de un sistema de alta presión a uno de baja presión. Se ausculta. Una segunda valoración es el denominado Thrill que consiste en la vibración que se produce al pasar la sangre a través de la anastomosis. Se percibe mediante la palpación. Un tercer componente de la valoración de la FAV es el latido, o sea, la pulsación que corresponde al pulso periférico. Se palpa. (8)

Las guías de práctica clínica destacan la importancia de educar al paciente sobre

el autocuidado del acceso vascular. Siendo la fístula arteriovenosa (FAV) el acceso vascular más utilizado en la institución sanitaria donde se realizó nuestro estudio y, siendo su duración de varios años, es necesario que los portadores de FAV sepan los autocuidados que deben mantener para evitar o disminuir el riesgo de complicaciones que lleven a anular la FAV. (9)

La Organización Mundial de la Salud, define al autocuidado como el rol central del paciente en el manejo de su propia salud. Indicando la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Estas consideraciones son especialmente importantes ya que el sistema de salud no está preparado para acompañar a largo plazo a sus pacientes, ni las personas están dispuestas a continuar por mucho tiempo las indicaciones acordadas con el equipo de salud. Resumiendo, varias definiciones, las acciones de autocuidado podrían agruparse en:

- a) Participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico,
- b) Prepararse para manejar día a día su propia condición de salud,
- c) Practicar un comportamiento específico, y
- d) Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud (10).

Una tesis de grado publicada en España el año 2018, que fue una revisión sistemática sobre “Actividades de autocuidado para la prevención de complicaciones de la fístula arteriovenosa de pacientes en hemodiálisis”, se llegó a los siguientes resultados:

“No se hallaron revisiones sistemáticas ni ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de estudio. De los 46 estudios obtenidos en la primare fase del PRISMA, solamente 3 (dos estudios cualitativos y uno observacional prospectivo) se ajustaron a los criterios de selección por el método CASPe, siendo el nivel de evidencia C y el grado de recomendación D. Los estudios evaluados eran heterogéneos entre sí y los resultados no concluyentes ni comparables”. Conclusión: “Existe una escasez de estudios sobre el tema de la revisión para poder extraer evidencias y recomendaciones. Aun así, como datos más representativos,

se ha observado variabilidad en la medición de los autocuidados por lo que debería estandarizarse” (11)

Algunas de las publicaciones científicas que muestran sus investigaciones sobre el autocuidado del acceso vascular en pacientes sometidos a hemodiálisis, son:

- García J, Sancho D. “Valoración de autocuidados en el acceso vascular para hemodiálisis” (España, 2015). El objetivo fue evaluar los conocimientos que tiene el paciente sobre las necesidades de cuidado de su acceso vascular. Sus resultados muestran que el nivel de conocimientos de autocuidados del acceso vascular de los pacientes fue alto en la mayoría de los casos. Los pacientes fueron predominantemente de sexo masculino, pertenecientes a la tercera edad, de estado civil casado, tenían un nivel de estudios básicos, tenían una fístula arteriovenosa como acceso vascular y disponían de bastante experiencia y tiempo de tratamiento. (12)
- Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M. “Self-Care Ability in Hemodialysis Patients”. (Irán, 2012). El objetivo de su investigación fue determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis, además de evaluar su asociación con algunas características demográficas. En sus resultados muestran que la capacidad de autocuidado fue adecuada en el 78.3% de los pacientes. Hubo una asociación significativa entre la capacidad de autocuidado y algunas características demográficas, como la edad, el sexo, el estado civil y el estado laboral. (13).
- Nurten Ozen y colaboradores publicaron “Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous fistula”. (Turquía, 2017), con el objetivo de investigar el conocimiento y la actitud de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis con respecto a la fístula arteriovenosa. De las encuestas aplicadas, encontraron que los cuidados que más recordaban y cumplían, fueron "no medir la presión sanguínea" y "no extraer sangre de los brazos con fístula", mientras que las menos recordadas e implementadas fueron

"usar vasos sanguíneos en las manos en los brazos sin fístula para procedimientos intravenosos" y "saber qué situaciones causan hipotensión". (14)

- Carmen Acasiete, en su tesis para licenciatura de enfermería titulada "Conocimiento sobre autocuidado en pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis del hospital nacional Arzobispo Loayza octubre 2016", busca determinar el conocimiento sobre autocuidado que tiene el paciente sometido a terapia de Hemodiálisis del H.N.A.L en el año 2016. Encuentra que un 65%(39) no conoce sobre autocuidado. Un 67%(40) conoce sobre la necesidad del baño diario y la higiene oral; un 67%(40) no conoce sobre el cuidado e hidratación de la piel y un 50%(30) conoce sobre el cuidado de sus uñas. El 100%(60) no conoce de distractores. Un 67%(40) conoce sobre la higiene de la FAV, 100%(60) conoce que no debe realizar esfuerzo físico ni manipular la FAV. Un 67%(40) conocen que el enrojecimiento, dolor y frémido en la zona de FAV son signos de alarma (15).
- Jesús Sotelo, en su tesis de especialidad "Conocimiento del paciente de hemodiálisis sobre prevención de complicaciones de la fistula arteriovenosa en un centro de diálisis. Enero 2017", buscó Determinar el Conocimiento del Paciente de Hemodiálisis sobre Prevención de Complicaciones de la Fistula Arteriovenosa en un centro de diálisis. Sus resultados reflejan que el nivel de conocimiento del paciente en terapia de hemodiálisis, sobre prevención de complicaciones de la FAV, en forma global fue de nivel medio con un 47%, seguido de una tendencia notoria a nivel bajo de un 31% de los encuestados y un 21% de ellos mostraron un nivel alto de conocimientos (16).
- Jesica Peña, en su tesis de licenciatura "Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis "Nuestra Señora del Carmen"Cañete – 2015", busca Determinar el nivel de autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. Sus resultados: El 45% (27) de pacientes tienen un autocuidado poco adecuado, en el 40% (24) es adecuado, y en

el 15% (09) el autocuidado es inadecuado. Se halló que el autocuidado en la alimentación y control de líquidos es poco adecuado en el 46.7% (28). El autocuidado en el tratamiento y cuidado del acceso vascular es adecuado en el 75% (45), encontrándose que evitan levantar peso con el brazo donde se encuentra la FAV, que acuden a sus controles médicos y cumplen con el tratamiento médico. El autocuidado en el descanso, sueño y recreación es poco adecuado en el 56.7% (34). El autocuidado en las relaciones interpersonales es poco adecuado en el 51.7% (31), debido a que se estresan siempre ante situaciones difíciles (17).

Y en varias otras regiones del País se han realizado estudios sobre el tema (18 – 23). En nuestra ciudad, solo se ha publicado un estudio sobre el nivel de satisfacción de personas que se atienden en un centro de hemodiálisis privado, que concluyó un nivel de satisfacción entre 90% y 93.4% en empatía, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta, elementos tangibles, y calidad de servicio. (18). No se han publicado, en nuestra región, estudios que exploren la capacidad de autocuidado del acceso vascular en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis.

Es por ello que me he planteado el enunciado del siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidados de acceso vascular en pacientes del Centro de hemodiálisis Santa Inmaculada del Hospital Privado del Perú?

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de fuente primaria, de corte transversal.

Población muestra y muestreo:

Población

Todos los pacientes del Centro de Hemodiálisis Santa Inmaculada durante el periodo Enero-Agosto 2018 del Hospital Privado del Perú-Piura.

Muestra

Todos los pacientes del Servicio de Hemodiálisis durante el periodo Enero- Agosto 2018 del Hospital Privado del Perú-Piura que presenten los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con Enfermedad Renal Crónica
- Pacientes que son sometidos al tratamiento de hemodiálisis
- Pacientes de 18 años de edad o más.
- Paciente que acepte participar del presente trabajo de investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes captados fuera de las fechas de ejecución del trabajo de campo
- Pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis fuera del Hospital Privado del Perú.
- Pacientes registrados en la nómina de usuarios de hemodiálisis pero que no acudieron durante la etapa de recojo de datos.
- Pacientes que no pueden realizar por sí mismos los autocuidados (dependientes de cuidadores).
- Pacientes con deterioro cognitivo, que no pueden responder las preguntas de la encuesta.

- Pacientes con acceso vascular diferente a fístula arterio – venosa.

Unidad de muestreo: Todos los pacientes del Servicio de Nefrología que realicen hemodiálisis en el Hospital Privado del Perú-Piura durante el período Enero- Agosto 2018.

Unidad de análisis: La encuesta de recolección de datos.

Tamaño muestral: El conjunto de encuestas aplicadas a los pacientes del Servicio de Nefrología que realicen hemodiálisis en el Hospital Privado del Perú-Piura durante el período Enero-Agosto 2018.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

1. La investigación se llevará a cabo entre los meses de Enero-Agosto 2018 en el Hospital Privado del Perú-Piura.
2. Se presentará el protocolo de la presente investigación para su autorización y facilidades al Director del Hospital Privado del Perú. (Anexo 01).
3. Se presenta el cuestionario sobre autocuidados de acceso vascular para pacientes con hemodiálisis, modificado del cuestionario aplicado por Rivera, Lozano, Gonzales (26) Integrado por 29 ítems los índices de confianza de los instrumentos fueron validados realizados mediante la prueba stanones.
4. La autora de la investigación acudirá al área de hemodiálisis del Hospital Privado del Perú, de lunes a sábado, de 8.30 hrs a 13.00 hrs y de 16.00 hrs a 19.00 hrs, abordando a los pacientes que acudan a hemodiálisis, invitándolos a formar parte de la investigación.
5. A quienes acepten se le acompañará a un ambiente del área de hemodiálisis donde se le invitará a firmar el consentimiento informado y se le explicará cómo llenar el cuestionario, el cual es anónimo y confidencial. A continuación, se le dejará solo.
6. Se estima un tiempo de 20 minutos para el llenado del cuestionario. Transcurrido este tiempo se abordará nuevamente al paciente, recogiendo su cuestionario y acompañándolo de retorno a la sala de espera para su sesión de hemodiálisis.
7. Para la clasificación del puntaje se aplicó la prueba de Stanones: Primero se obtuvo la media aritmética de los puntajes de cada participante en el cuestionario, que fue 86.88. También se obtuvo la desviación estándar, que fue 40.82. Posteriormente se aplicó la prueba de Stanones:

$$P25: \bar{x} - 0.75(D.S.) = 87 - (0.75)(40.82) = 56.39 = \sim 56$$

$$P75: \bar{x} + 0.75(d.s.) = 87 + (0.75)(40.82) = 117.61 = \sim 118$$

Con estos resultados:

- Los puntajes hasta 56 puntos se consideraron conocimientos bajos;
 - Los puntajes mayores de 56 y hasta 118 se consideraron conocimientos intermedios y
 - Los puntajes mayores de 118 se consideraron conocimientos altos sobre autocuidados de acceso vascular.
8. Se elaborará una base de datos en Excel, la cual posteriormente será exportada al software estadístico SSPS (StatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 23.0 que permita el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de los cuestionarios.
 9. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hará un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos; de lo contrario serán excluidos del estudio.
 10. Introducción de los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
 11. Realizar el análisis de los datos obtenidos.
 12. Seleccionar las conclusiones del análisis de los resultados obtenidos en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.

TÉCNICAS

La técnica empleada es la encuesta estructurada. Para efectos de la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario para pacientes con fístula arteriovenosa interna. El cuestionario utilizado fue validado previamente; por pruebas estadísticas de consistencia.

La estructura del cuestionario enfoca los siguientes temas:

- Recomendaciones que debe seguir un paciente que tiene una fístula para hemodiálisis, referidas a su aseo, su actividad física, los signos de alarma en el área de la FAV.

Plan de análisis de datos

Se obtienen los datos necesarios para ser procesados y organizados en tablas estadísticas según las variables estudiadas. Luego de recolectados los datos, estos serán procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel. Los puntajes son vaciados en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para las variables como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos serán revisados y corregidos y, después, procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procederá al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos.

Aspectos Éticos

En este estudio tenemos en cuenta los aspectos éticos de la población incluida en el estudio. El principio de beneficencia de esta investigación está expresado en la importancia de aportar información actualizada sobre el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el autocuidado del acceso vascular. (28, 29)

Se respeta la información procedente de los cuestionarios sin alterarlos, a modo que los resultados sean confiables y fidedignos. Debido a que los datos son obtenidos directamente de los pacientes hay que buscar su consentimiento y aceptación. Se respeta la confidencialidad de los datos obtenidos, protegiendo la identidad de las fuentes.

Limitaciones:

Que por premura de tiempo, los pacientes no acepten participar en el estudio.

Que las respuestas no sean consignadas con veracidad.

RESULTADOS

La distribución de pacientes por tipo de seguro según sexo tenemos, se contó con 91 pacientes para este estudio. De ellas 67 (73.63%) acudían a hemodiálisis a través de seguro EsSalud de estos, el 52.24% son de sexo masculino. Afiliados al Seguro Integral de Salud: 20.88% de ellos, 63.16% fueron varones. Finalmente, pacientes con gasto de bolsillo fueron el 5.49%, de los cuales el 60% fueron de sexo masculino.

Globalmente, del total de pacientes incluidos en el estudio, 50 fueron de sexo masculino (54.94%) y 41 (45.06%) fueron de sexo femenino.

Las 91 personas del estudio tuvieron un promedio de 58.19 años de edad, con una desviación estándar de 12.49. La distribución fue bimodal a los 62 y 65 años, con cinco personas en cada una de esas dos edades.

La edad mínima fue 29 años y la edad máxima fue 81 años.

La dispersión de edades en las mujeres es mayor respecto a la de los hombres. La edad media en los varones es 59.32 años y en las mujeres es 56.80. El varón más joven en hemodiálisis tiene 29 años y la mujer más joven en hemodiálisis tiene 36 años. Complementariamente, el varón de más edad en hemodiálisis tiene 78 años y la mujer con mayor edad tiene 81 años.(Tabla n°1)

En la Distribución de edades según tipo de seguro de salud, obtenemos que entre los afiliados a EsSalud el promedio de edad fue 58 años, entre los afiliados al SIS el promedio de edad fue 61.63 años y entre los particulares, es de 46.6 años. La edad entre los pacientes de EsSalud es la que tiene mayor concentración pues su desviación estándar es menor.

La principal enfermedad crónica de todos los pacientes es la hipertensión arterial, presente en el 64% de todos los pacientes. Le sigue la diabetes mellitus 2 con un 19% del total. En tercer lugar, se ubica la combinación de ambas: pacientes con HTA y DM2, en un 10% de los casos. Les sigue con menor frecuencia, enfermedad

quística (3%), glomerulonefritis (2%), litiasis renal (1%) y otras condiciones patológicas (1%).

La distribución de pacientes según tiempo de acceso vascular en años, más de la tercera parte (39.56%) tiene menos de un año con el acceso vascular realizado y uno solo (1.1%) tiene 10 años con el acceso vascular y en hemodiálisis. (Tabla n°2)

En el grado de conocimientos sobre autocuidados según tiempo de acceso vascular. Es de esperar que cuanto más tiempo con el acceso vascular, mejor se debe cuidar, por su misma experiencia y las charlas que el paciente ha recibido del personal de salud. Sin embargo, obtenemos que los más altos puntajes los lograron las personas con menos tiempo de acceso vascular: entre los que no tienen más de dos años con el acceso vascular, el 68.63% obtuvo conocimientos bajos, 29.41% tuvo conocimiento intermedio y 1.96% tuvo conocimiento alto. Entre los que tienen de 3 a 5 años de acceso vascular, el 84.62% tienen conocimientos bajos, el 15.38% tienen conocimientos intermedios y nadie tiene conocimientos altos sobre autocuidado de su acceso vascular. Entre las personas con más de 5 años con acceso vascular, el 70.77% obtuvo puntaje bajo, el 29.23% obtuvo puntaje intermedio y ninguno obtuvo puntaje alto.

Sin embargo, la prueba exacta de Fisher para establecer si las diferencias entre los distintos resultados, es estadísticamente significativa, obtuvo una significancia mayor de 0.05 ($F= 8.504854$; $p=0.1052094$) por lo que debemos sostener que el puntaje obtenido en el cuestionario aplicado, no depende de los años con acceso vascular de cada participante. (Tabla n°4)

La distribución de pacientes con conocimientos sobre autocuidado según grado de instrucción.

Globalmente, de los 91 pacientes enrolados, 14 (15.38%) declararon tener educación superior y 77 (84.62%) declararon no tener educación superior. De estos 91, solo a 75 se les aplicó el cuestionario (82.42%).

Los resultados obtenidos, de pacientes que no tenían educación superior; obtuvieron puntaje bajo el 84.91%, intermedio el 85.71% y solo una persona con conocimientos altos sobre su autocuidado. (Tabla n°5)

En análisis de distribución T Student.

Al aplicarla para comparar las medias de puntajes entre los que tienen educación superior y los que no tienen educación superior, la prueba de Levene no permite rechazar la hipótesis nula, es decir, indica que las varianzas de ambos grupos se sumen como semejantes ($p > 0.05$). En ese sentido, al comparar los puntajes obtenidos entre los que tienen educación superior y los que no tienen educación superior, el resultado es que la diferencia entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ($\text{sig bilateral} = 0.806$).

Con esta prueba de hipótesis no podemos rechazar nuestra hipótesis nula. Por lo tanto, en nuestro estudio concluimos que el grado de instrucción no influye en el nivel de conocimientos sobre autocuidado de acceso vascular en pacientes sometidos a hemodiálisis. (Tabla n°6)

DISCUSION

El porcentaje de varones predomina en nuestro estudio (54.4%), igual que el resultado del estudio de García y Sancho que tuvieron un 63.16% de varones, el resultado de Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M, que en su muestra el 51.3% fueron varones, semejante también al porcentaje de varones en el estudio de Ozen N., que fue 55.8% y al 63% de varones que tuvo Acasieta Carmen, en su tesis de grado. (11-14).

La edad promedio en nuestra serie fue de 58.19 años. En la serie del estudio de García Araque fue de 67.98 años; 40.5 años en la serie publicada por Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M; 60.16 años en el estudio de Ozen y por ultimo Acasieta en su tesis de grado reporta que el 42% de sus casos estaban entre 51 y 65 años. Por lo que cada vez hay más necesidad de iniciar hemodiálisis antes de llegar a la tercera edad. (11-14).

En cuanto a enfermedades crónicas que tienen los pacientes, en nuestro estudio el 64% era hipertenso, el 19% diabético y un 10% tenían ambas enfermedades simultáneamente. El estudio de Sosa Barbarena y su equipo, realizado en Cuba, obtuvo que la principal enfermedad que tienen las personas en hemodiálisis, es nefroangioesclerosis, con 32.5% de los casos, seguido de 17.5% por nefropatía de causa no determinada y en tercer lugar la nefropatía diabética y enfermedad renal poli quística, con un 16.2%. (26)

En nuestra serie, el 72.53% de los participantes, no tenía más de dos años en hemodiálisis; en el estudio de Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M, el 59.3% no tenía más de 5 años en hemodiálisis. Por su parte, NurtenOzen anota el 6.5 años de promedio en hemodialisis. Es decir, en las series revisadas, al igual que en la nuestra, el promedio de tiempo en hemodiálisis, no supera los siete años (12,13). Se sugiere un estudio posterior que investigue el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis, por cada lustro de duración.

José García también comparó tiempo en hemodiálisis con nivel de conocimientos sobre autocuidado y su resultado fue que no había relación entre ellas pues la comparación de medias no fue significativa (11). El mismo resultado obtuvimos nosotros.

En nuestro estudio, el 15.38% de los participantes tenían educación superior. Entre los participantes del estudio de García Araque, el 7.02% tenía educación superior; en la publicación de Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M, ninguno de los participantes tenía educación superior. En la investigación de NurtenOzen, el 9.3% de los participantes tenía educación superior. (11-13). Jesica Peña, en su tesis de grado realizada en Cañete, Perú, encuentra que un 5% de las personas en su estudio, tienen educación superior (16).

En nuestra serie encontramos que no hay relación estadística entre nivel educativo y grado de conocimiento en autocuidado de acceso vascular. Sin embargo, Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M., encuentran que sí existe una relación entre estatus educacional y grado de conocimiento de autocuidado ($p=0.004$) (12). Por otro lado, José García, en su estudio realizado en España, no encontró relación entre grado de instrucción y nivel de conocimientos de autocuidado de acceso vascular ($p> 0.05$) (11).

CONCLUSIONES

1. En esta tesis se determinó el nivel de conocimiento sobre autocuidados de acceso vascular en setenta y cinco pacientes con hemodiálisis del Hospital Privado del Perú es bajo. Donde se encontró que cincuenta y tres tienen conocimientos bajos, veintiuno tuvieron conocimientos intermedios y solo un paciente tuvo conocimiento alto.
2. No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos sobre autocuidado de acceso vascular y el grado de instrucción de los pacientes sometidos a hemodiálisis.

RECOMENDACIONES

1. Reorientar y fortalecer los programas educativos promoviendo el autocuidado bajo una perspectiva colaborativa entre la persona con la enfermedad y los profesionales de salud.
2. Realizar asistencia psicológica como parte del programa de ayuda al paciente para encontrar la influencia de factores condicionantes individuales, familiares y ambientales que impidan la gestión individual de autocuidado.
3. Fortalecer el conocimiento de autocuidados en estos pacientes mediante información didáctica como trípticos y charlas educativas respecto al tema alternado con evaluaciones periódicas de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope L, Graciani A, de la Cruz J, Santamaría R, del Pino M, Guallar-Castillóna P, de Alvaroc, F, Rodríguez-Artalejo F, Banegas J. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Rev Soc. Española de Nefrología 2018. NEFRO-497.
2. Kidney international supplements. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (ckd-mbd). Official journal of the international society of nephrology. Volume 7 | issue 1 | July 2017.
3. Of Physicians Royal College. Chronic Kidney Disease. National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. Printed in Great Britain. TheLavenham Press Ltd. London 2008. Pag. 50.
4. Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, Peñaranda-Florez D, Torrado-Navarro Y. Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia. Rev Argentina de Nefrol: Año 2017 | Vol. 15 | Nro. 1
5. Kraus D, Wagner Ch. Epidemiologie chronischer Nierenerkrankungen – werden es immer mehr Patienten?. Deutsche Medizinische Wochenschrift . 142(17):1276-1281. September 2017.
6. Loza C, Ramos W, Tapia C, Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. Dirección General de Epidemiología. 1era edición. Marzo 2016. 100 pp.
7. National kidney foundation. Lo que Necesita Saber sobre el Acceso Vascular. Cartulla educativa National Kidney Foundation. N.Y. 2016. 24 pp.
8. Alvarez R. Cuidados de la fístula Arteriovenosa. Revisión Bibliográfica. Tesis para licenciatura en enfermería. Cajamarca, Perú. Universidad de Jaén. 44 pp.
9. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio J, Pons-Raventos E, Mansilla J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Rev. Esp. Nefrología 2015;35(1):92-109.
10. Banda González O, Flores Barrios F, Carbajal Mata F, Castillo Vargas R, Delabra Salinas M, Echevarria Cerda F, Gutierrez Gomez T. El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso de México y Perú. 2018. pp19.
11. Suarez M. Actividades de autocuidado para la prevención de complicaciones de la fístula arteriovenosa de pacientes en hemodiálisis: Revisión

sistemática. Tesis de grado Universidad de La Coruña. España. Año 2018. Págs. 44.

12. García J, Sancho D. Valoración de autocuidados en el acceso vascular para hemodiálisis. *EnfermNefrol* 2015: Julio-Septiembre; 18 (3): 157/162.
13. Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M. Self-Care Ability in Hemodialysis Patients. *Journal of CaringSciences*, 2012,1(1), 31-35.
14. Ozen N, Tosun N, Cinar F, Bagcivan G, Yilmaz M, Askin D, Mut D, Ozen V, Yenicesu M, Zajm E. Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous fistula. *J Vasc Access*. 2017 Jan 18;18(1):64-68.
15. Acasiete C. Conocimiento sobre autocuidado en pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis del hospital nacional Arzobispo Loayza octubre 2016. Tesis de Bachillerato. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2018. 78 pp.
16. Sotelo J. Conocimiento del paciente de hemodiálisis sobre prevención de complicaciones de la fistula arteriovenosa en un centro de diálisis. Enero 2017. Tesis de segunda especialidad. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. 81 pp.
17. Peña J. Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Nuestra Señora del Carmen “Cañete – 2015. Tesis para titulación en licenciatura de enfermería. Lima, Perú. Universidad San Martín de Porres. 2016. 56 pp.
18. Hidalgo R. Nivel de satisfacción del usuario de Santa Inmaculada Centro de Diálisis SAC- Piura 2015. Tesis de licenciatura en administración. Piura, Perú. Universidad Nacional de Piura. 2015. 80 pp.
19. Estrada Y. Autocuidado de accesos vasculares en pacientes sometidos a hemodiálisis en el hospital nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud, Cusco 2018. Tesis para licenciatura de enfermería. Cuzco, Perú. Universidad Andina del Cuzco. 2018. 85 pp.
20. Guevara J. Autocuidado del paciente adulto que recibe tratamiento de hemodiálisis. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo 2016. Tesis para segunda especialidad en nefrología en enfermería. Lambayeque, Perú. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 91 pp.

21. Jesús K. Autocuidado de la fístula arteriovenosa en personas sometidas a hemodiálisis en la clínica salud renal La Victoria 2016. Tesis para licenciatura en enfermería. La Libertad, Perú. Universidad Cesar Vallejo. 54 pp.
22. De la Cruz S, Sernaqué C. Nivel de información y autocuidado en el paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Hospital Regional Docente de Trujillo 2016. Tesis para licenciatura en enfermería. La Libertad, Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 79 pp.
23. Tello I. Autocuidado del adulto con insuficiencia renal crónica que recibe hemodiálisis en el Centro Particular Virgen de la Puerta, Trujillo – 2017. Tesis para licenciatura en enfermería. La Libertad, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 59 pp.
24. Cuncay M. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado del acceso vascular en pacientes hemodializados del Hospital Isidro Ayora de Loja. Tesis para licenciatura en enfermería. Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja. 60 pp.
25. Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2013. p78.
26. Rivera-Ayala L, Lozano-Rangel O, González-Cobos R. Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2010; 18 (3): 129-135.
27. Sosa N, Polo R, Mendez S. Sosa M. Caracterización de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Medisur vol.14 no.4 Cienfuegos jul.-ago. 2016. versión On-line ISSN 1727- 897X
28. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.
29. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. 20 de julio de 2011.

Anexo N° 01

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Sr. Director del Hospital Privado del Perú-Piura:

Schary Maribel Loayza Peña, identificado con D.N.I 00246118, de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO solicita permiso para poder realizar Proyecto de Tesis en este centro de salud; comprometiéndonos en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Así mismo solicitamos de manera cordial y respetuosa nos derive con la persona encargada que nos puede direccionar e informar para poder comunicarnos y conversar de manera personal y de esta forma exponer el motivo del presente trabajo.

Atentamente

Schary Maribel Loayza Peña
D.N.I
00246118

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADO DE ACCESO VASCULAR

La presente encuesta tiene como finalidad conocer el nivel de conocimiento de los pacientes del Hospital Privado del Perú, respetando la privacidad de cada participante. La información ha sido tomada de Rivera, Lozano, Gonzales IMSS.

Marque con una "X" al servicio que pertenece y su título o responsabilidad dentro del mismo

A. Cuestionario aplicado a pacientes con fístula arteriovenosa interna.

	SI	NO	NO SABE
Recomendaciones que debe seguir un paciente que tiene una fístula para hemodiálisis			
Baño diario			
Usar un jabón personal			
Usar jabón neutro.			
Secar bien los pies			
Mantener cortas las uñas			
Aplicar crema en la piel			
Cambio de ropa todos los días			
Utilizar ropa holgada			
Lavar los dientes después de cada alimento			
Utilizar cepillo de dientes suave			
Enjuagar la boca con bicarbonato, después de cepillar los dientes.			
Todos los días debe palpar y oír su fístula			
Realizar compresiones con una pelota de goma, durante 10 minutos cada hora, con el brazo de la fístula			
Introducir el brazo de la fístula en un litro de agua tibia con una cucharada de sal, tres veces al día			
Evitar llevar joyas o ropa que opriman el brazo de la fístula			
Evitar dormir sobre el brazo de la fístula			
Evitar cargar objetos pesados con el brazo de la fístula			
Evitar que le extraigan sangre en el brazo de la fístula			
Evitar que le administren medicamentos en el brazo de la fístula			
Evitar que le tomen la presión arterial en el brazo de la fístula			
Quitar las gasas que cubren los sitios de punción después de 5 a 6 horas de la hemodiálisis.			
Comprimir con una gasa estéril, en caso de sangrado por los puntos de punción			
Aplicar hielo en caso de presentar un hematoma			
Un paciente con fístula debe acudir al servicio de hemodiálisis o urgencias en caso de:			
Ausencia de sonido en el sitio de la fístula			
Hinchazón en el sitio de la fístula			
Dolor en el sitio de la fístula			

Enrojecimiento en el sitio de la fístula			
Sentir calor en el sitio de la fístula			
Presentar hemorragia incontrolable en el sitio de la fístula			

Validez pregunta por pregunta según la fórmula del coeficiente biserial puntual (CBP)

$$\frac{X_1 - X_2}{S_x} \frac{(n_1)(n_2)}{n(n_1)}$$

Donde el CBP debe ser ≥ 0.2 para ser válido

- X_1 = Puntaje promedio de quienes dieron respuesta correcta
- X_2 = Puntaje promedio de quienes dieron respuesta incorrecta
- S_x = Desviación estándar = 40.82
- n_1 = Total de personas que responden correctamente
- n_2 = Total de personas que responden incorrectamente
- n = Total de participantes = 91

ITEM	CBP
1	0.55
2	0.33
3	0.21
4	0.23
5	0.47
6	0.34
7	0.27
8	0.38
9	0.61
10	0.45
11	0.22
12	0.21
13	0.40
14	0.46

ITEM	CBP
15	0.31
16	0.40
17	0.23
18	0.54
19	0.20
20	0.30
21	0.27
22	0.41
23	0.35
24	0.26
25	0.31
26	0.40
27	0.24
28	0.29
29	0.30

Prueba de KuderRicharson: 0.72

$$r_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

σ^2 = Varianza total del instrumento

ANEXO N°03

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADOS DE ACCESO VASCULAR EN PACIENTES CON HEMODIALISIS DEL HOSPITAL PRIVADO DEL PERU

Usted, ha sido invitado (a) a participar de un trabajo de investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidados de acceso vascular en pacientes con hemodiálisis del Hospital Privado del Perú; de aceptar, tendrá que responder un pequeño cuestionario para medir su nivel de conocimiento sobre el tema antes mencionado.

Su participación es muy valiosa, pues permite tener datos actualizados, que pueden ser útiles al implementar estrategias sobre cuidados de acceso vascular en hemodiálisis.

Este cuestionario es voluntario y puede ser respondido de forma anónima. Además, de no ser perjudicial.

Yo, paciente _____ que realizo mis sesiones de hemodiálisis en el Hospital Privado del Perú-Piura, acepto responder voluntariamente el presente cuestionario.

Nombres y Apellidos

DNI

Firma del participante

TABLAS

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR TIPO DE SEGURO, SEGÚN SEXO

SEXO	TIPO DE SEGURO			Total
	ESSALUD	PARTICULAR	SIS	
MASCULINO	35	3	12	50
FEMENINO	32	2	7	41
TOTAL	67	5	19	91

Fuente: Datos de instrumento de recolección de autora.

Tabla 2. DISTRIBUCIÓN DE EDADES SEGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD

SEGURO	GRUPO DE EDAD					TOTAL	Media	D.S.
	25-35	36-50	51-65	66-80	81 a más			
ESSALUD	2	14	35	15	1	67	58.0746	11.59848
PARTICULAR	1	2	1	1	0	5	46.6	13.90324
SIS	1	3	6	9	0	19	61.6316	13.9215
TOTAL	4	19	42	25	1	91		

Fuente: Fuente: Datos de instrumento recolección de datos de autora.

Tabla N° 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE ACCESO VASCULAR, EN AÑOS.

TIEMPO DE ACCESO VASCULAR EN AÑOS	N	%
,00	36	39.56
1,00	27	29.67
2,00	3	3.30
3,00	5	5.49
4,00	5	5.49
5,00	3	3.30
6,00	2	2.20
7,00	4	4.40
8,00	4	4.40
9,00	1	1.10
10,00	1	1.10
TOTAL	91	100

Fuente: Datos de instrumento recolección de datos de autora.

Tabla N°4. GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADOS, SEGÚN TIEMPO DE ACCESO VASCULAR

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN AUTOCUIDADO DE ACCESO VASCULAR	TIEMPO DE ACCESO VASCULAR			Total	%
	HASTA 2 AÑOS	ENTRE 3 y 5 AÑOS	más de 5 años		
<i>CONOCIMIENTOS BAJOS EN AUTOCUIDADO</i>	35	11	7	53	70.67
	68.63%	84.62%	63.64%		
CONOCIMIENTOS INTERMEDIOS EN AUTOCUIDADO	15	2	4	21	28.00
	29.41%	15.38%	36.36%		
CONOCIMIENTOS ALTOS EN AUTOCUIDADO	1	0	0	1	1.33
	1.96%				
TOTAL	51	13	11	75	100

Fuente: Datos de instrumento recolección de datos de autora.

Tabla N°5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON NIVELES DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	GRADO DE INSTRUCCION		Total
	CON EDUCACIÓN SUPERIOR	SIN EDUCACION SUPERIOR	
CONOCIMIENTOS BAJOS EN AUTOCUIDADO	8(72.73%)	45(84.91%)	53
CONOCIMIENTOS INTERMEDIOS EN AUTOCUIDADO	3(27.27)	18(85.71%)	21
CONOCIMIENTOS ALTOS EN AUTOCUIDADO	0	1 (100%)	1
TOTAL	11	64	75

Tabla N°6 Distribución T Student.

PUNTAJE EN CUESTIONARIO	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	.326	.570	-.246	73	.806	-.03977	.16177	-.36218	.28263
No se asumen varianzas iguales			-.258	14.239	.800	-.03977	.15408	-.36972	.29018

Nivel de significancia 0.806.

Tabla N° 7 Nivel de Conocimientos en Autocuidado de Acceso Vascular por Escala

Grado de Conocimientos	Total	Escala
Conocimiento Bajo	53 (71%)	0-56
Conocimiento Intermedio	21 (28%)	56-118
Conocimiento Alto	1 (1%)	Mayor a 118
Total	75 (100%)	

Fuente: Datos de instrumento recolección de datos de autora.