



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Perfil de ferrocínética en pacientes con enfermedad renal crónica
terminal en la sala de emergencia de un hospital público de Lima
Perú, 2025

Ferrokintetic profile in patients with end-stage chronic renal
disease in the emergency room of a public hospital in Lima Peru,
2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
NEFROLOGÍA

AUTOR

JESUS DE MARIA SULCA CARRIL

ASESOR

CESAR ANTONIO LOZA MUNARRIZ

LIMA – PERÚ

2025

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

1 de 181: JESUS DE MARIA SULCA CARRIL
Perfil de ferrocínética en pacientes con enfermedad renal...

Similitud 26% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA Facultad de
MEDICINA

1 Perfil de ferrocínética en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en la sala de emergencia de un hospital público de Lima Perú, 2025

10 Ferrokinetic profile in patients with end-stage chronic renal disease in the emergency room of a public hospital in Lima Peru, 2025

3 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN NEFROLOGÍA

AUTOR
JESUS DE MARIA SULCA CARRIL

ASESOR
CESAR ANTONIO LOZA MUNARRIZ

LIMA - PERÚ

2025

Informe estándar
Informe en inglés no disponible Más información

25% Similitud estándar Filtros

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet 6%
repositorio.upch.edu.pe
7 bloques de texto 113 palabra que coinciden

2 Internet 5%
www.researchgate.net
10 bloques de texto 90 palabra que coinciden

3 Internet 2%
www.scielo.org.pe
10 bloques de texto 36 palabra que coinciden

4 Trabajos del estudiante 1%
ipn
1 bloques de bloques 23 palabra que coinciden

5 Trabajos del estudiante 1%
National University College - Online

Página 1 de 9 1777 palabras 125%

Person 1 - Chrome

1. RESUMEN

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal pueden presentar como complicación anemia. Esta puede ser de causa multifactorial; sin embargo, es esencial definir si uno de los tipos de anemia que presentan nuestros pacientes es ferropénica y evaluar el comportamiento de los diversos indicadores del comportamiento de la cinética del hierro, ya que la anemia ferropénica es la principal etiología de anemia en la población en general. **Objetivo:** Describir el perfil de ferrocínica en pacientes con anemia y Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en hemodiálisis atendidos en la emergencia de un hospital. **Diseño del estudio:** descriptivo, prospectivo de tipo serie de casos. **Población y muestra:** No amerita cálculo de tamaño muestral, se estima que se enrolarán 100 pacientes con ERCT en hemodiálisis que se encuentran en el área de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante enero de 2025 hasta marzo del 2025. **Procedimientos y técnicas:** Se utilizará una hoja de recolección de datos donde se considerarán variables demográficas, clínicas y laboratoriales; en caso de no contar con algún examen laboratorial, se procederá a la toma de muestra para el estudio de este. **Análisis estadístico:** Se realizará un análisis descriptivo de las variables continuas mediante medidas de tendencia central y proporciones y las variables categóricas mediante proporciones.

Palabras clave: *enfermedad renal crónica, anemia, ferritina, transferrina, diálisis renal.*

2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un grave problema de la salud pública que afecta a alrededor de 850 millones de personas en el mundo, 10% de la población total, y causa entre 5 y 11 millones de muertes al año (1). Además, la enfermedad renal terminal (ERT), que requiere terapia de reemplazo renal (TRR), ha aumentado notablemente en la última década, con una incidencia de 14.4 por 100 000 habitantes (2). En el Perú, se estima que la ERC tiene una prevalencia de 16.8% y una mortalidad de 2% (3). Además, se estima que el 0.1% de casos se encuentran en ERC estadio 5 tratada con TRR (4).

La ERC es el conjunto de anomalías estructurales y funcionales del riñón, que están presentes durante al menos 3 meses. Esta se clasifica según la causa, la tasa de filtración glomerular (TFG) y el grado de albuminuria. Estos tres componentes son cruciales en la evaluación de la gravedad y el riesgo de la enfermedad (5). Existen múltiples causas de ERC, siendo la más común la diabetes mellitus. Otras causas incluyen glomerulonefritis, trastornos genéticos, medicamentos, enfermedad cardiovascular, enfermedades multisistémicas, obstrucción del tracto urinario, infecciones y la injuria renal aguda (6).

Se considera cinco estadios de ERC según TFG, siendo grado 1 cuando la TFG es mayor o igual de 90 mL/min/1.73m², grado 2 cuando hay un decrecimiento leve y la TFG se encuentra entre 60 y 89 mL/min/1.73m², grado 3a si está entre 45 y 59 mL/min/1.73m², grado 3b si está entre 30 y 44 mL/min/1.73m², grado 4 cuando el decrecimiento es severo y está entre 15 y 29 mL/min/1.73m², y finalmente, grado 5 cuando es menor de 15 mL/min/1.73m² (5,7). Esta última etapa se asocia a consecuencias clínicas desfavorables en los diferentes órganos y sistemas, lo que

aumenta la mortalidad y disminuye la calidad de vida (8). Los pacientes experimentan disnea, prurito, náuseas y vómitos, encefalopatía urémica, convulsiones, coma, y otras alteraciones. El tratamiento incluye la TRR, ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal o trasplante renal (9).

Una de las complicaciones más frecuentes de la ERC en estadio 5 (ERC-5) es la anemia. Tanto en casos nuevos como antiguos de ERC-5 no siempre la anemia va a manifestarse por causa de una enfermedad crónica pues se conoce otras etiologías, las cuales podrían modificar la terapia a instaurar. Por ello, es fundamental hacer un adecuado abordaje diagnóstico mediante la realización de perfil de ferrocínica inicialmente y valorar si se debe iniciar la reposición de hierro en primera instancia. De esta forma se tendrá un enfoque más individualizado en el manejo de la anemia en ERC-5.

La definición de anemia en adultos viene dada por la concentración de Hb < 13.0 gr/dl en varones y < 12.0 gr/dl en mujeres. (10) Se ha descrito que los estadios de ERC 4 y 5 presentan mayor incidencia de anemia en relación a los pacientes en estadios iniciales (11).

La anemia en el paciente con ERC-5 principalmente es multifactorial, teniendo como principales problemas la deficiencia de eritropoyetina, déficits nutricionales como Vitamina B12, ácido fólico, y ferropenia, pérdidas sanguíneas, pérdidas sanguíneas en hemodiálisis, menor respuesta de la médula ósea a la eritropoyetina debido a la presencia de mayor concentración de toxinas urémicas, inflamación sistémica debido a la etiología de la ERC, entre otros (12). La anemia ferropénica es la causa más frecuente de anemia en la población general por lo que es importante diferenciarla de otros tipos de anemia en el paciente con ERC-5 (13).

En este contexto, este estudio tiene como interrogante: ¿Cuál es el perfil de ferrocinética en pacientes con anemia y ERCT en la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), de enero a marzo del 2025?

3. OBJETIVOS

a) Objetivo General

- Describir el perfil de ferrocinética en pacientes con anemia y ERCT en la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el periodo de enero a marzo del 2025.

b) Objetivos Específicos

- Describir la frecuencia de anemia ferropénica en los pacientes con anemia y ERCT en la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia de enero a marzo del 2025.
- Describir la frecuencia de anemia por enfermedad crónica en los pacientes con anemia y ERCT en la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia de enero a marzo del 2025.
- Describir las características clínicas y demográficas en los pacientes con anemia y ERCT en la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia de enero a marzo del 2025.

4. METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio: Estudio descriptivo, prospectivo de tipo serie de casos.

b) Población

- **Población blanco:** Pacientes con ERCT y anemia.
- **Población accesible:** Pacientes con ERCT y anemia, atendidos en la emergencia del HNCH de enero 2025 a marzo del 2025.

- **Criterios inclusión:**

- Adultos, mayores de 18 años, con ERCT y anemia, atendidos en la emergencia del HNCH de enero a marzo del 2025.
- Pacientes en terapia dialítica.

- **Criterios exclusión.**

- Pacientes que ingresan a la emergencia del HNCH por politraumatismo.
- Pacientes con datos clínicos incompletos.
- Pacientes que al momento de la evaluación presentan déficit cognitivo que imposibilite su participación en el estudio.

c) **Muestra**

- **Unidad de análisis:** Paciente con ERCT y anemia, que acuden a la emergencia del HNCH en el periodo de enero a marzo del 2025.
- **Unidad de muestreo:** Paciente con ERCT y anemia, que acuden a la emergencia del HNCH en el periodo de enero a marzo del 2025.
- **Tipo de muestreo:** Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Los pacientes serán seleccionados de forma correlativa de acuerdo con su llegada a la emergencia del HNCH en el periodo de estudio.
- **Tamaño de muestra:** El presente estudio es una serie de casos donde los pacientes serán seleccionados en la emergencia del HNCH en el periodo de enero a marzo del 2025, por lo que no amerita una estimación del tamaño de la muestra. Se estima que el tamaño de la muestra de pacientes elegibles será aproximadamente de 100 pacientes.

5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Ver Anexo 1.

6. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

- El presente proyecto será enviado para su revisión y aprobación a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, tras lo cual se solicitará el permiso para su ejecución al Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Se registrará al paciente en la emergencia y se evaluarán sus diagnósticos, se le informará en qué consiste el estudio y en caso de que los pacientes acepten participar en el estudio se les hará firmar el consentimiento informado.
- Los pacientes responderán una encuesta y se realizará la toma de muestra para los estudios laboratoriales que incluyen hemograma, proteína C reactiva, albúmina sérica y perfil de ferrocínética.
- En caso de perfil de ferrocínética u otro estudio laboratorial, si no se dispone de estas pruebas en el hospital o no haya sido solicitado por el médico tratante se coordinará su dosaje con el mismo en forma particular, el cual será subvencionado por el investigador.
- Recolección de la información: La obtención de datos se realizará mediante una ficha de recolección de datos, se les preguntará a los pacientes cada ítem a llenar de esta ficha. Posterior a ello, será editado en una hoja de cálculo o en Excel y luego se registrará en un software STATA v. 18.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se basará en los principios éticos de la Declaración de Helsinki y el Colegio Médico del Perú, será presentado al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y se solicitará permiso para su ejecución al Hospital Nacional Cayetano Heredia, iniciándose posterior a su aprobación de ambas instituciones. Se les informará a los pacientes que cumplan criterios de

inclusión sobre el trabajo de investigación, los posibles riesgos asociados y se les entregará un consentimiento informado que podrán leerlo y firmarlo (Anexo 3). Los daños potenciales de los pacientes están relacionados principalmente a las complicaciones de una toma de muestra de sangre y que es muy infrecuente como, por ejemplo, la infección y/o hematomas en la zona de punción. La información obtenida de los participantes será codificada por un sistema de numeración y se restringirá el acceso al sistema con la base de datos mediante el empleo de un usuario y clave el cual será de acceso exclusivo del investigador. Lo cual nos permitirá descartar los datos personales de los pacientes en el estudio en el momento del análisis estadístico.

8. PLAN DE ANÁLISIS

Estadística descriptiva: La población de estudio se describirá según las características clínicas y demográficas, perfil de ferrocínica y tipo de anemia en tablas y gráficos. Las variables continuas se describirán con medidas de tendencia central y de dispersión; las variables continuas con distribución normal serán descritas con sus medias \pm DE y las variables continuas sin distribución normal se describirá con sus medianas y rango intercuartílico, respectivamente. Las variables categóricas y las ordinales serán reportadas en proporciones. Los datos van a ser analizados con el software STATA v.18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. *Nat Rev Nephrol.* 2024; 20:473–85. <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>

2. Thurlow JS, Joshi M, Yan G, Norris KC, Agodoa LY, Yuan CM, et al. Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy. *Am J Nephrol.* 2021;52(2):98–107. <https://doi.org/10.1159/000514550>
3. Bravo-Zúñiga J. Enfoque multidisciplinario en la atención de pacientes con enfermedad renal crónica. Una revisión narrativa. *Rev Médica Hered.* 2023;34(1):40–6. <https://doi.org/10.20453/rmh.v34i1.4451%0AEsta>
4. Zanabria J. Brecha oferta / demanda de prestaciones en el control de la enfermedad renal crónica en EsSalud. *Cátedra Villarreal.* 2022;10(2):86–97. <https://doi.org/10.24039/rcv20221021526>
5. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024;105(4): S117–314. [10.1016/j.kint.2023.10.018](https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018)
6. Lucas B, Taal M. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore).* 2023;51(3):165–9. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2022.12.003>
7. Evans M, Lewis RD, Morgan AR, Whyte MB, Hanif W, Bain SC, et al. A Narrative Review of Chronic Kidney Disease in Clinical Practice: Current Challenges and Future Perspectives. *Adv Ther.* 2022;39(1):33–43. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01927-z>
8. Gusev E, Solomatina L, Zhuravleva Y, Sarapultsev A. The pathogenesis of end-stage renal disease from the standpoint of the theory of general pathological processes of inflammation. *Int J Mol Sci.* 2021;22(21). <https://doi.org/10.3390/ijms222111453>
9. Supremanian K, Sekar M, Nor Afendi N. Chronic Kidney Disease: Etiology, Pathophysiology, and Management Strategies to Increase Quality of Life. In: *Chronic Kidney Disease - Novel Insights into Pathophysiology and Treatment.* IntechOpen; 2024. [10.5772/intechopen.1005083](https://doi.org/10.5772/intechopen.1005083)
10. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements.* 2012;2:283-287.
11. Amador-Medina L. F, Anemia en enfermedad renal crónica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet].* 2014;52(6):660-665. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745499011>
12. Babitt, Jodie L.; Lin, Herbert Y.. Mechanisms of Anemia in CKD. *Journal of the American Society of Nephrology.* 2012;23(10):1631-1634. [10.1681/ASN.2011111078](https://doi.org/10.1681/ASN.2011111078)

13. Cases A, Egocheaga M, Tranche S, Pallarés V, Ojeda R, Górriz J, et al. Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. Nefrología [Internet]. 2018; 38(1):8–12. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.09.004>
14. Awan AA, Walther CP, Richardson PA, et al. Prevalence, correlates and outcomes of absolute and functional iron deficiency anemia in nondialysis-dependent chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant 2021; 36: 129-136.

9. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto: Autofinanciado.

Descripción	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
Papel bond A4	1 paq	11.50	11.50
Lapicero azul	5 und	0.60	3.00
Tablero acrílico	01 und	10.00	10.00
Impresiones	800 und	0.50	400.00
Exámenes de laboratorio	100 casos	150.00	15 000.00
Movilidad	---	500.00	500.00
TOTAL			16 924.50

Cronograma

ACTIVIDADES	2024			2025			
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Elaboración del proyecto	X						
Presentación del proyecto	X						
Aprobación del proyecto		X	X				
Recolección de datos				X	X	X	
Análisis de datos							X
Redacción del informe							X

10. ANEXOS

ANEXO 1. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Registro
Edad	Años cumplidos al momento de llegar a la emergencia del HNCH en el periodo de estudio.	Cuantitativa	De razón	Años de vida
Sexo	Característica sexual del paciente registrado en la historia clínica.	Cualitativo	Nominal	0: Femenino 1: Masculino
Tipo de anemia	Forma de clasificación de los pacientes que presenten anemia según la ferrocínética. Anemia por déficit de hierro absoluta: Ferritina < 100 ng/ml e IST < 20% (14). Anemia por déficit de hierro funcional: Ferritina entre 100 y 500 ng/ml e IST < 20% (14). Otro tipo de anemia: Ferritina > 500 mg/mL e IST ≥ 20% (14).	Cualitativa	Nominal	0: Por déficit de hierro absoluto. 1: Por déficit de hierro funcional. 2: Otro
Concentración	Estudios laboratoriales que son indicadores del	Cualitativa	Nominal	0: < 50 mcg/dL.

de hierro sérico	comportamiento de hierro en el organismo (perfil de ferrocínética). Mide la concentración de hierro sérico. Valores normales: 50-150 mcg/dL.			1: ≥ 50 mcg/dL.
Índice de saturación de transferrina (IST)	Estudios laboratoriales que son indicadores del comportamiento de hierro en el organismo (perfil de ferrocínética). Evalúa el porcentaje de hierro sérico que se encuentra unido a la transferrina. Valores normales: 25-40%.	Cualitativa	Nominal	0: $< 25\%$. 1: $\geq 25\%$
Concentración de transferrina	Estudios laboratoriales que son indicadores del comportamiento de hierro en el organismo (perfil de ferrocínética). Mide la concentración del transportador de hierro en la sangre. Valores normales: 170- 370 mg/dL.	Cualitativa	Nominal	0: < 170 mg/dL 1: ≥ 170 mg/dL.
Concentración de ferritina	Estudios laboratoriales que son indicadores del comportamiento de hierro en el organismo (perfil de ferrocínética). Concentración de ferritina: Medida que se correlaciona con las reservas corporales de hierro. Valores	Cualitativa	Nominal	Varones y mujeres menopáusicas: 0: < 30 ng/mL 1: ≥ 30 ng/mL.

	normales: Varones y mujeres menopaúsicas: 30-300 ng/mL y Mujeres en edad fértil: 10-160 ng/mL.			Mujeres en edad fértil: 0: < 10 ng/mL. 1: >= 10 ng/mL.
Etiología de ERC	Causa primaria por la que el paciente desarrolla ERC.	Cualitativo	Nominal	0: Glomerulonefritis 1: Enfermedad renal diabética 2: Enfermedad renal hipertensiva 3: Otras causas.
Tipo de diagnóstico ERCT	Caso nuevo es aquel diagnosticado por primera vez a su llegada a la emergencia del HNCH y caso antiguo es aquel diagnosticado previamente al ingreso a emergencia del HNCH.	Cualitativo	Nominal	0: Caso nuevo 1: Caso antiguo
Índice de Charlson	Sistema de evaluación de diferentes condiciones clínicas que predicen mortalidad a los 10 años.	Cualitativo	Ordinal	0-1: Ausencia de comorbilidad 2: Comorbilidad baja 3: Comorbilidad alta.
Tiempo en diálisis	Para casos prevalentes, es el tiempo total que el paciente ha estado recibiendo diálisis.	Cuantitativa	De razón	Registrada en meses.
Tipo de acceso vascular	Medio por el cual se conectan los vasos sanguíneos con el sistema extracorpóreo para hemodiálisis.	Cualitativo	Nominal	0: Catéter temporal 1: Catéter permanente 2: Fístula arteriovenosa

				3: Injerto arteriovenoso.
Infección concomitante	Infección que presente el paciente al ingreso.	Cualitativo	Nominal	0: Neumonía 1: Infección de vías urinarias 2: Infección asociada a catéter 3: Otras infecciones. 4: Ninguna
Antecedente de transfusiones	Antecedente de introducción de sangre y sus componentes en el cuerpo de un paciente.	Cualitativo	Nominal	0: Si 1: No
Tipo de IPRESS	Tipo de Institución Prestadora de Servicio de Salud, entidades encargadas de brindar el servicio de salud.	Cualitativo	Nominal	0: IPRESS pública 1: IPRESS privada 2: Seguro particular. 3: Ninguno
Proteína C reactiva (PCR)	Reactante de fase aguda que aumenta en estados inflamatorios al ingreso al servicio de emergencias. Concentración de PCR menores a 10 mg/dL = ausencia de inflamación, Concentración de PCR mayor o igual a 10 mg/dL = presencia de inflamación.	Cualitativo	Nominal	0: < 10 mg/dL 1: >= 10 mg/dL
Albúmina sérica	Componente principal de las proteínas plasmáticas séricas al ingreso al servicio de	Cualitativo	Nominal	0: < 3.5 g/dl 1: >= 3.5 g/dl

	emergencias. Concentración de Albúmina menor a 3.5 g/dl = hipoalbuminemia y concentración de albúmina sérica mayor a 3.5 g/dl = normoalbuminemia.			
--	---	--	--	--

ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____ Sexo: M (), F () Edad: _____

Concentración de Hemoglobina: _____ g/dl
 Anemia: No ___ / Leve ___ / Moderada ___ / Severa ___

Concentración de Hierro sérico: _____ mcg/dL (Valor Normal: Sí ___ / No ___)

Índice de Saturación de Transferrina: _____ % (Valor Normal: Sí ___ / No ___)

Concentración de transferrina: _____ mg/dL (Valor Normal: Sí ___ / No ___)

Concentración de ferritina: _____ ng/mL (Valor Normal: Sí ___ / No ___)

Tipo de anemia: Déficit de hierro absoluto, por déficit de hierro funcional, otro
 Etiología de ERC: Glomerulonefritis, Enfermedad Renal Diabética,
 Enfermedad Renal Hipertensiva, otras.

Índice de Charlson:

Condición clínica	X sí presenta o presentó la condición clínica	Puntaje
Infarto de miocardio		1
Insuficiencia cardiaca congestiva		1
Enfermedad vascular periférica		1
Demencia		1
Enfermedad cerebrovascular		1
Enfermedad pulmonar crónica		1
Enfermedad del tejido conectivo		1
Diabetes mellitus sin complicaciones		1
Enfermedad hepática crónica		1
Hemiplejia		2
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes mellitus con complicaciones		2
Tumores		2
Leucemia		2
Linfoma		2
Enfermedad hepática grave		3
Tumor maligno		6
Metástasis		6
Estadio SIDA		6
TOTAL		

0-1: Ausencia de comorbilidad, 2: Comorbilidad baja y 3: Comorbilidad alta.

Tiempo en diálisis: _____ meses.

(Continuación de la ficha de recolección de datos)

Tipo de acceso vascular:

Catéter venoso temporal, Catéter venoso permanente, Fístula arteriovenosa o Injerto arteriovenoso.

Infección concomitante: Neumonía, infección urinaria, infección asociada a catéter, otros

Tipo de IPRESS: IPRESS pública, IPRESS privada y seguro particular.

Concentración de Proteína C reactiva: > 10 mg/dL o < 10 mg/dL

Concentración de Albúmina sérica: < 3.5 g/dL o > 3.5 g/dL

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Hospital Nacional Cayetano Heredia

Título de la investigación: Perfil de Ferrocínica en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en la emergencia de un hospital.

Descripción de la investigación

Esta investigación, a la cual ha sido invitado, tiene la intención de realizar estudios laboratoriales que nos permita reconocer si los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presentan anemia, el tipo de anemia que presenta y estudiar características clínicas y demográficas de estos pacientes. Este estudio es realizado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Ud. ha sido seleccionado para participar en esta investigación debido a que se encuentra en el área de emergencias del Hospital Nacional Cayetano Heredia y se está recibiendo terapia de hemodiálisis por causa de enfermedad renal crónica.

Se ha descrito que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis pueden presentar descenso de los niveles de hemoglobina, conocido como anemia, la cual puede deberse a diversos factores. Dicho estudio pretende describir los posibles factores relacionados a la presencia de anemia y describir los indicadores laboratoriales en el estudio del comportamiento del hierro en la sangre en este grupo de pacientes.

Si Ud. Acepta participar en el estudio se realizará lo siguiente:

Se responderá un cuestionario realizado por la investigadora, lo cual permitirá obtener información sobre los datos clínicos, laboratoriales y demográficos del paciente.

Luego de la recolección de datos, se le solicitará a Ud. acudir al laboratorio para la toma de muestra conocida como “Hemograma, concentración de hierro sérico, índice de saturación de transferrina, concentración de ferritina, concentración de transferrina, concentración de proteína C reactiva y concentración de albúmina sérica”.

En caso el médico tratante en emergencia no considere solicitar alguno de los estudios o no se cuente con algún estudio laboratorial, se requerirá tomar una muestra de sangre de mínimo 4 ml y máximo 10 ml en el antebrazo para los estudios restantes, los cuales no tendrá que pagar.

Riesgos: La toma de muestra de sangre es dolorosa, previo a la toma de muestra si no se realiza una higiene adecuada existe un riesgo menor de infección en la zona de punción, en algunos casos posterior a la toma de muestra puede presentar un pequeño hematoma o moretón que en aproximadamente en 1 semana irá desapareciendo. Si se presentará alguna complicación (aumento de temperatura,

aumento de volumen y/o enrojecimiento) en la zona de punción, comunicarse con la investigadora.

Beneficios: Ud. se beneficiaría de conocer los resultados de los exámenes de laboratorio realizados. Se le informará de manera personal, escrita y confidencial los resultados que se obtengan. Los costos de los exámenes a realizar serán cubiertos por la investigadora.

Confidencialidad: Se cuenta con una ficha de recolección de datos donde se le dará un código para mantener la confidencialidad. La ficha será llenada por el investigador mediante una realización de encuesta a Ud. No se compartirán los datos a personas externas de la investigación.

Costos e incentivos: En esta investigación no están considerados incentivos, ni tampoco debe realizar algún gasto económico.

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento durante la entrevista y/o toma de muestra o no participar en el estudio, sin ningún prejuicio. En caso tenga alguna consulta, puede contactarse con la investigadora.

YO, _____ con DNI _____ acepto voluntariamente participar de este estudio, comprendo el procedimiento a seguir y lo que podría suceder si participo. A su vez, entiendo que tras haber aceptado participar, puedo revocar al mismo en el momento que crea conveniente.

Nombre completo y Firma

San Martín de Porres, _____ 2025