


11226

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL OAXACA.
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
CON MEDICINA FAMILIAR.

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR
DR. CARLOS PONCE DOMINGUEZ
MEDICO INTERNISTA.


INVESTIGADOR.
ARACELI TAPIA T.
MEDICO RESIDENTE
MEDICINA FAMILIAR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O .

I.- INTRODUCCION

II.- MATERIAL Y METODOS

III.- RESULTADOS

IV.- DISCUSION

V.- BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N .

La Insuficiencia Renal Crónica es un Síndrome que se caracteriza por la pérdida progresiva de las nefronas. Los riñones crónicamente enfermos no dan sin tomatología hasta que ha disminuido su filtración glomerular aproximadamente en un 90% o más y conser van cierto tipo de vida hasta que ha desaparecido el 97 a 99 % de dicho poder de filtración. La explicación más común de esta respuesta del riñón enfermo a los estímulos fisiológicos es la Hipótesis de la "Neirona Intacta"; según esta teoría las nefronas deformadas que se observan en preparados histológicos y en disecciones de las mismas, prácticamen te están desprovistas de función, la función excretora está conservada por un remanente de nefronas supervivientes, en las cuales tanto el glomérulo como el túbulo han escapado a un transtorno irreparable.

La Insuficiencia Renal Crónica Progresiva tiene un gran número de etiologías, algunas de las cuales producen síntomas evidentes del tracto urinario y en otras ocasiones diferentes síntomas, dependiendo de la enfermedad que la ocasione. La pérdida progresiva de nefronas leve a moderada es un proceso silencioso, en esta etapa el paciente no percibe ninguna sintomatología. Este estadio silencioso de Enfermedad Renal Crónica Progresiva podría sospecharse por un examen físico de rutina o de laboratorio

pueden tener significado indicios tales como: Anemia Hipertensión Arterial, Cambios Retinianos, síntomas generales, proteinuria, anormalidades en el sedimento-urinario. Los primeros síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica ocurren por lo común tardíamente en el curso de las enfermedades renales y son también vagos y no específicos.

La constelación de síntomas son referidos como uremia. Existen síntomas de diversos aparatos y sistemas Síntomas Gastrointestinales.- Náuseas, vómitos y diarrea.

Síntomas cardiopulmonares.- Hipertensión arterial sistémica, insuficiencia cardíaca y edemas,

Síntomas neurológicos.- Somnolencia, temblor, corea -- convulsiones.

Transtornos hematológicos.- que condicionan, petequias-sangrado de tubo digestivo, epistaxis, anemia.

Desequilibrio hidroelectrolítico.- Acido base, acido -- sis metabólica, aumento de potasio, edemas.

Cuando el paciente no es tratado, la sintomatología va evolucionando hasta llegar a estado urémico muy -- avanzado, hacia estupor, coma y muerte.

Los conocimientos adquiridos desde hace 10 a 15 -- años, se ha venido incrementando por el advenimiento -- de el trasplante renal y diálisis a largo plazo.

Tomando en cuenta la casuística nacional en la que -- se calcula que de 50 a 60 personas por millón de ha--

bitantes llegan a la fase terminal de esta enfermedad, y que la causa más frecuente corresponde a -- Glomérulonefritis. Es por esto que se efectúa este estudio retrospectivo y de revisión para conocer: La incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica en nuestro hospital, el factor causal de esta enfermedad predominante en nuestro medio, y por último, los requerimientos de material humano y técnico que se necesita para un mejor manejo de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron los casos de Insuficiencia Renal Crónica en el período comprendido entre el 10 de Enero de 1976 al 31 de Diciembre de 1982 en el Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar se detectaron 42 casos de los cuales se analizaron 35 expedientes, 7 casos no fueron revisados por no disponer de los expedientes ni del paciente.

De los 35 casos estudiados se revisaron los expedientes clínicos tomados del archivo del Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar y de hospitalización, analizando de cada uno de ellos -- los siguientes aspectos:

Edad, sexo, etiología del padecimiento, frecuencia -- cuadro clínico complicaciones más frecuentes, tra--

tamiento y evolución .

RESULTADOS.

De los 35 casos 24 correspondieron al sexo masculino - (65 %) y 11 al sexo femenino (31.42 %), como se -- muestra en el cuadro No. 1

CUADRO No. 1
FRACUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
POR SEXOS.

SEXO	NUMERO	PORCIENTO
MASCULINO	24	68.57
FEMENINO	11	31.43
TOTAL	35	100.00

Las edades de estos pacientes y para efectos del estudio fueron clasificadas por décadas, encontrando una predominancia en la correspondiente a la quinta y sexta década (cuadro

CUADRO No 2

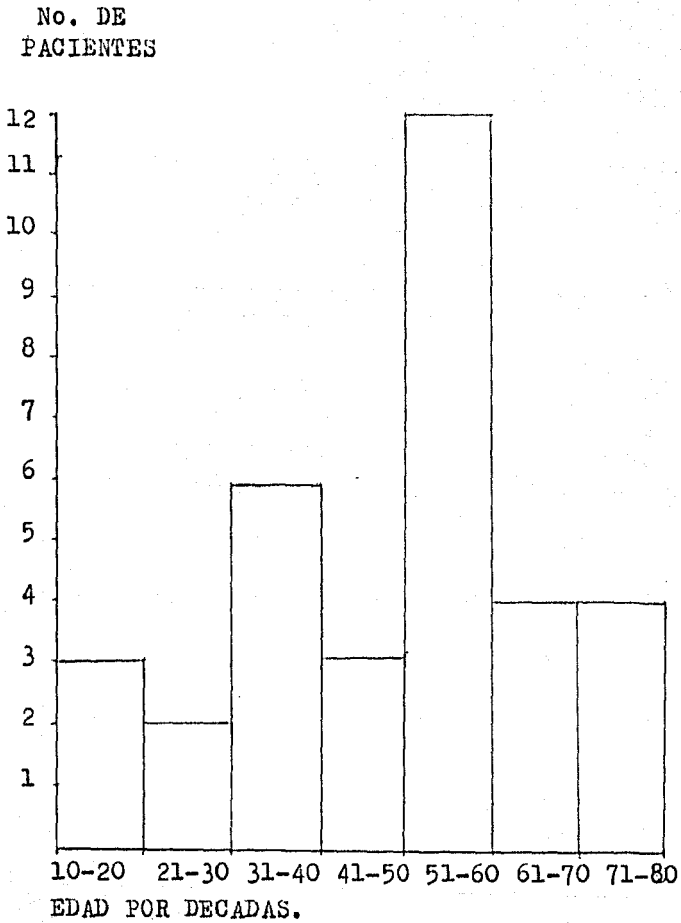
FRECUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA POR EDAD.

EDAD POR DECADAS	No.DE PACIENTES	PORCIENTO
10 - 20	3	8.57
21 - 30	2	5.72
31 - 40	7	20.01
41 - 50	3	8.57
51 - 60	12	34.29
61 - 70	4	11.42
71 - 80	4	11.42
TOTAL	35	100.00

Sin embargo es notable que la mayoría de los ca-

Los ocurrieron de la cuarta década en adelante (Figura 1 .

FIGURA No. 1



Esta frecuencia de edad por décadas correspondió en la misma forma en ambos sexos como se muestra en el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

FRECUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA POR SEXO Y DECADA DE EDAD.

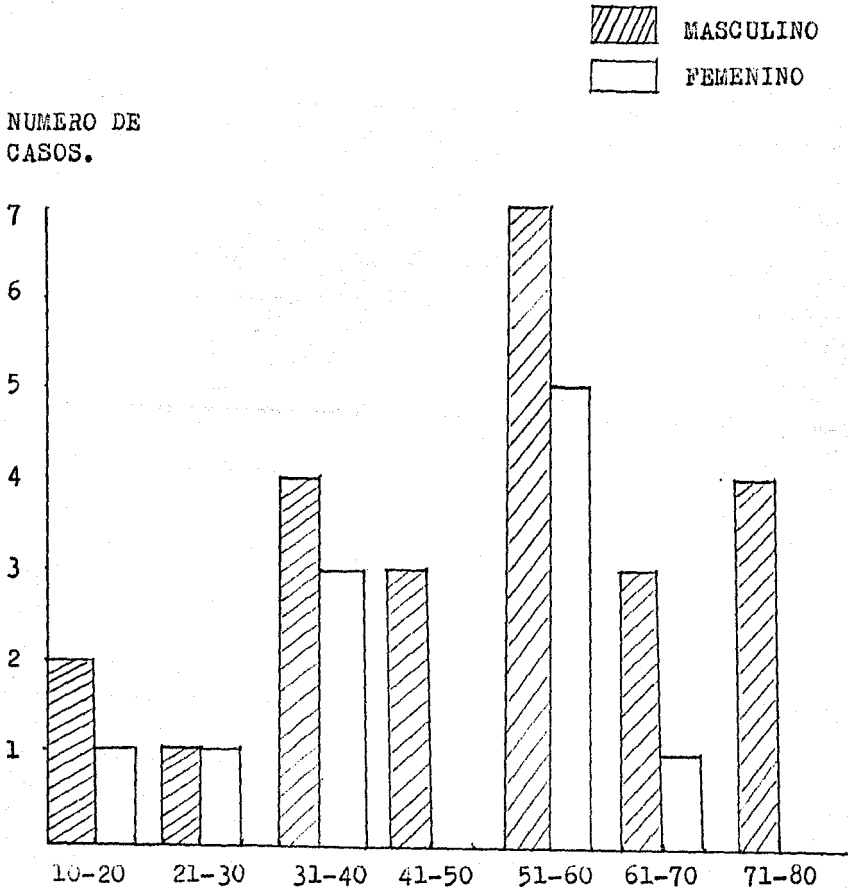
EDADES POR DECADAS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
10 - 20	2	5.71	1	2.86
21 - 30	1	2.86	1	2.86
31 - 40	4	11.43	3	8.57
41 - 50	3	8.57	0	0.00
51 - 60	7	20.02	5	14.27
61 - 70	3	8.57	1	2.86
71 - 80	4	11.43	0	0.00
TOTAL	24	68.58	11	31.42

En la figura No. 2 se muestra en forma gráfica ----

la incidencia en forma comparativa, el número y --
edades de los pacientes de ambos sexos con Insufi-
ciencia Renal Crónica.

FIGURA No. 2

FRECUENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL
POR DECADAS Y SEXOS.



La etiología más frecuente de este padecimiento -- fué la Nefrosclerosis Diabética (51 %) en 18 pa-
cientes, de los cuales 13 fueron del sexo masculi-
no y 5 del sexo femenino; el segundo padecimiento-
de importancia como causante de la Insuficiencia --
Renal Crónica fué la Glomérulonefritis Crónica --
(14 %) en 5 pacientes; que correspondieron 4 al --
sexo masculino y 1 al sexo femenino; la siguiente-
patología fué la Pielonefritis (11 %) en 4 pa --
cientes , 3 del sexo masculino y 1 del sexo femeni-
no, continúa la Tuberculosis Renal (8 %) 3 casos
2 del sexo masculino y 1 del sexo femenino, Necro-
sis Tubular Aguda (8 %) 3 casos 2 del sexo mascu-
lino y 1 del sexo femenino, Lupus Eritematoso (2%)
en un paciente del sexo femenino, y finalmente Es-
tenosis Uretral (2 %) en 1 paciente del sexo --
masculino cuadro No. 4.

El cuadro clínico lo clasificamos por síndromes y-
otros síntomas cuadro No. 5.

El 100 % de los casos presentaron. Síndrome Anémico 35 pacientes, síndrome urémico (85 %) 30 pacien-
tes, síntomas gastrointestinales manifestados por --
náuseas, vómitos, diarrea, que de hecho correspon-
den a las manifestaciones clínicas principales del
síndrome urémico (54 %) 19 pacientes, síntomas -
neuroológicos (40 %) 14 pacientes, e insuficien-
cia cardíaca global (34 %) 12 pacientes.

CUADRO No. 4

ETIOLOGIA MAS FRECUENTE Y PORCENTAJE COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PADECIMIENTO	No. CASOS	M	F	PORCIENTO
NEFROESCLEROSIS DIABETICA	18	13	5	51
GLOMERULONEFRITIS	5	14	1	14
PIELONEFRITIS	4	3	1	11
TUBERCULOSIS RENAL	3	2	1	8
NECROSIS TUBULAR	3	2	1	8
LUPUS ERITEMATOSO	1	-	1	2
ESTENOSIS URETRAL	1	1	-	2
T O T A L	35	24	11	100

CUADRO No. 5

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SINTOMAS	No.	PORCIENTO
SINDROME ANEMICO	35	100
SINDROME UREMICO	30	85
SINTOMAS GASTROINT.	19	54
SINTOMAS NEUROLOGICOS	14	40
INSUFICIENCIA CARDIACA	12	34

El tratamiento que se le dió a estos pacientes se dividió en dos partes:

I.- El propio de la Insuficiencia Renal Crónica que

consiste en anabólicos protéicos, sales de aluminio-
dieta restringida en proteínas sodio y potasio.

II.- De acuerdo a las manifestaciones clínicas pre -
sentadas.

Hipertensión arterial sistémica.- Se usaron normotens
sores, diuréticos del tipo de la furosemide.

En los casos de anemia fueron necesarias transfu-
siones sanguíneas a base de paquete globular, y en -
los casos de disminución en las proteínas fué plasma

Manifestaciones gastrointestinales.-Estas fueron ma-
nejadas con sintomáticos del tipo antieméticos, anti-
diarréicos tipo caolín pectina y difenoxilato.

Manifestaciones neurológicas.-En el caso de crisis-
convulsivas fueron utilizados medicamentos del tipo-
del diazepam y fenobarbital.

Síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico.-Bicar-
bonato de sodio, soluciones salinas y glucosadas, y-
por último en insuficiencia cardiaca fueron utiliza-
dos digitálicos del tipo de la digoxina y lanatócido
C. En los casos de edema importante se utilizaron --
también diuréticos.

Cuando las manifestaciones de la Insuficiencia Re-
nal Crónica fueron tan agudas o refractarias se recu-
rrió al tratamiento con diálisis peritoneal, en la --
cual se incluyeron pacientes con: síndrome urémico --
severo, con anasarca refractaria a diuréticos, desequi-
librio hidroelectrolítico severo y en casos sobre to

do de hipercalemia, así también como en casos de insu
ficiencia cardiaca difíciles de controlar.

Los pacientes con cifras de depuración de creatinin
na menor de 7 ml/min y/o con cifras muy elevadas de
urea y creatinina , fueron sometidos a este procedi -
miento, el cual se continuó en forma periódica cada-
una a dos semanas con 30 baños en cada sesión.

El procedimiento fué realizado en la Unidad de -
Cuidados Intensivos utilizando catéter rígido dese-
chable en forma temporal en la mayoría de los casos
y sólo en uno de ellos se utilizó catéter permanen-
te del tipo de Tenckoff. El procedimiento se llevó -
a cabo de la siguiente manera: 30 baños con 2,000 ml
de solución, 2 cc de xilocaína al 2% y 2,000 Us de -
heparina y en la mayoría de los casos se utilizó dex
trosa al 50 % en dosis variable de 50 a 200 ml, se-
dejó el líquido 30 minutos en cavidad, las complica-
ciones presentadas en la diálisis peritoneal fueron -
Peritonitis en 2 casos.

DISCUSION.

La frecuencia de pacientes con Insuficiencia Renal -
Crónica (I.R.C.) a nivel nacional se reporta en nú
mero de 50 a 60 pacientes por millón de habitantes -
(1). En el presente estudio se encontraron 5 casos

nuevos por año de este padecimiento ocurridos en el Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar de Oaxaca, Oax.

En 1977 se reportó como causa más frecuente de IRC a la Glomérulonefritis Membranoproliferativa seguida de Nefroesclerosis Diabética (4); López Uriarte y -- Estrada Salgado en 1982 efectuaron una revisión de-- 300 casos encontrando como causa más frecuente la -- Gloméruloesclerosis Diabética con un 43%, en segundo lugar la Nefropatía Túbulointersticial con un 29 % y con 25 % la Glomérulonefritis Crónica. En este estudio de 35 casos se encontró como primera causa de la IRC la Nefropatía Diabética en el 51 % de los casos-- en segundo lugar la Glomérulonefritis Crónica 14 % - en tercer lugar la Pielonefritis con 11 % y la Tuberculosis Renal 8 % de los casos, aunque sumando estas dos últimas cifras dan un 19 % que incluyen todas - las causas infecciosas de la IRC, otras etiologías en contradas fueron Necrosis Tubular Aguda 8 %, Lupus - Eritematoso 2 % y Estenosis Uretral 2 %.

Estos resultados van de acuerdo al reporte de López Uriarte y Estrada Salgado que tienen como primera causa la Nefroesclerosis Diabética y contrasta -- con el reporte de Ahlem que encuentra como primera causa las Glomérulopatías(4).

No es posible afirmar de manera categórica que en nuestro medio existe mayor proporción de Nefropatía

Diabética como causa de Insuficiencia Renal Crónica - que en otros países y será necesario llevar a cabo - estudios similares en otros grupos de población de - características diferentes y más numerosos para obtener conclusiones más precisas.

El 68.57 % de los casos fueron del sexo maculino - y el 31.43 % del sexo femenino, aunque la incidencia de Diabetes Mellitus en nuestro medio es de 1.25:1-- predominando este padecimiento en las mujeres.

La edad más frecuente en la que se presentó este - padecimiento fué entre los 40 a 60 años, edad en que - más frecuentemente se presentan las enfermedades me- tabólicas y encontramos también leve predominancia - en el sexo masculino, aún cuando la bibliografía re- porta que no hay predominancia de sexo en este pade- cimiento (1,(2),(3).

La sintomatología presentada en el 100 % de los - casos fué en primer lugar el síndrome anémico, el sín- drome urémico se presentó en el 85 %, cabe hacer no- tar que no todos los pacientes presentaron síndrome urémico ya que la IRC es progresiva y por la sinto- matología fué iniciado tratamiento que evitó en al- gunos casos el cuadro florido.

Otra sintomatología presentada fueron las manifes- taciones gastrointestinales caracterizaaas por náú-- seas vómitos y diarrea, aunque estos podemos consi- derarlos como los datos más característicos del sín-

drome urémico. Manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico, fundamentalmente la acidosis metabólica y otras alteraciones de este tipo fueron detectadas por estudios paraclínicos. Las manifestaciones -- neurológicas se detectaron en el 40 % de los casos -- principalmente temblores del tipo de la neuritis -- urémica y crisis convulsivas. En el 34 % de los casos se encontraron insuficiencia cardiaca global.

El manejo dado a estos pacientes fué médicodietético a base de anabólicos protéicos, sales de aluminio dieta restringida en proteínas y líquidos así también como medicación específica para el control de las diversas manifestaciones.

Se practicó diálisis peritoneal en 18 pacientes -- que corresponde a un 51.42 %, en este tratamiento -- fueron incluidos los pacientes en los cuales progresó la Insuficiencia Renal Crónica y no respondieron al tratamiento anterior, también se efectuó dicho -- procedimiento en los casos de edema importante, en -- casos de hipercalemia y en insuficiencia cardiaca -- refractaria al tratamiento.

El uso de este método terapéutico tuvo como objetivo mejorar la sintomatología del paciente, en alguno de los pacientes evitó una defunción más temprana -- como en los casos de hipercalemia, insuficiencia cardiaca y acidosis; la mejoría fué temporal y en algunos casos la muerte se retrasó hasta 6 meses.

De los pacientes que se les practicó diálisis peritoneal dos presentaron como complicación de este padecimiento peritonitis, la complicación más frecuente fué la dificultad en el funcionamiento del catéter de diálisis por obstrucción, la cual se hizo más -- evidente conforme aumentaban las sesiones de diálisis.

En ningún paciente se efectuó Hemodiálisis por carecer de riñón artificial en esta Unidad; como los -- pacientes que fueron enviados a tercer nivel para valorar otro tipo de tratamiento fueron rechazados por no llenar el criterio de selección.

En esta unidad se carece de servicio de Nefrología en los pacientes que se consideró necesaria valoración especializada, fueron enviados a tercer nivel -- y en ninguno de ellos se practicó Biopsia Renal ---- por que no lo consideraron necesario, los restantes casos no fueron enviados a valoración especializada por que se conocía la etiología del padecimiento y -- no eran candidatos a procedimientos mayores.

Prácticamente el 100 % de los pacientes fueron de medio socioeconómico bajo y esto se considera como -- uno de los factores que condicionaron que el diagnóstico se efectuara en forma tardía y contribuyera al mal control del padecimiento y complicaciones del -- mismo. Es necesario tratar de efectuar un diagnóstico temprano para lo cual se requiere una mejor edu-

cación de la población, para estudios de valoración general periódicas en las cuales se pueden detectar casos aún asintomáticos pero con alteraciones en sus estudios de laboratorio.

También es necesario el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las Infecciones de Vías Urinarias para evitar complicaciones del tipo de la Insuficiencia Renal Crónica.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Carlos Peña, Jaime Herrera, Ricardo Muñoz, Salvador E Núñez, Luis Salinas Madrigal, Fred Weisser-
Revista de la Facultad de Medicina de la Uni--
versidad Nacional Autónoma de México No.7 1977
- 2.- Cecil Loeb Tratado de Medicina Interna décimo -
cuarta edición pag 1130 a 1138
- 3.-Manuel Tores Zamora,Guillermo García Monterd---
Salvador Chávez Becerra,Revista Médica del IMSS
Vol 21 No. 4 1983 pag. 307 a 312
- 4.- Adolfo López Uriarte,Victor Manuel Estrada Sal-
gado, Revista Médica del IMSS Vol.21 No.6 1983
pag 336 a 340
- 5.- William M. Bennet MD F.A.C.P. Irwin Singer Tho-
mas Golper, Annals of Internal Medicine Jun -
1977 Vol. 86 pag. 754 a 755.
- 6.- Clínicas de Norteamérica, Tratamiento moderno -
de problemas Renales Vol. 6 1978 pag. 1150 1156