

11230

16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL TIEMPO QUE TARDAN EN
SER REFERIDOS LOS PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA
NEFROUROLÓGICA AL NEFRÓLOGO DE 3ER. NIVEL

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA

PRESENTA:

DR. HUBERTH DAVID ROSADO VIÑEGAS

TUTOR ACADÉMICO:

DRA. MA. DEL PILAR OSORIO BRETÓN.
NEFRÓLOGO Y MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS



MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

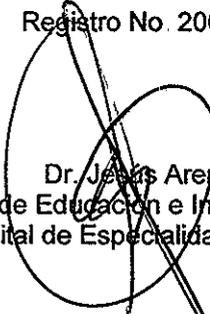
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

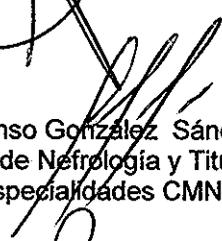
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL TIEMPO QUE TARDAN EN SER REFERIDOS LOS PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA NEFROUROLÓGICA AL NEFRÓLOGO DE 3ER. NIVEL

Registro No. 2002-690-0084

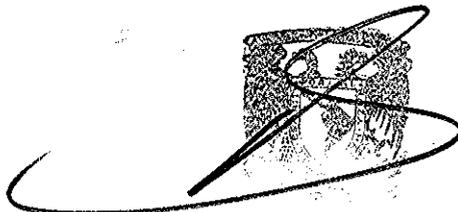

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades CMN "La Raza"




Dr. Alfonso González Sánchez
Jefe del Servicio de Nefrología y Titular del Curso
Hospital de Especialidades CMN "La Raza"


Tutor Responsable:
Dra. María del Pilar Osorio Bretón
Médico Adscrito al servicio Nefrología
Maestro en Ciencias Médicas
Hospital de Especialidades CMN "La Raza"


Dr. Huberth David Rosado Viñegas
Residente de la Especialidad Nefrología



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN "LA RAZA"

Agradecimientos:

El logro de los objetivos diarios

Es el mejor forjador del carácter

Y aquellos que llevan un rayo de luz

A la vida de otros

También se lo traen a sí mismos

Gracias: Dios por esta oportunidad de llegar a ser lo que soy

Padres los ejes de mi vida, su esmero y esfuerzo por ese amor verdadero

Pacientes por su primordial utilidad y prestancia

Maestros, Compañeros, Familiares por su amistad y comprensión, en el camino

hasta ahora andado

¿Qué don puedo ofrecer ahora?

Anexos:

Índice

Carácter	Página
Portada	1
Adscritos	2
Agradecimientos	3
Anexos	4
Resumen en Español	5
Resumen en Inglés	6
Introducción	7 – 8
Objetivos	9
Materiales y Métodos	9 – 11
Resultados	12 – 17
Discusión	18 – 19
Conclusión	20
Bibliografía	21 – 23
Gráficas y Tablas	24 - 32

Diagnóstico Situacional del Tiempo que tardan en ser referidos los pacientes con sintomatología nefrourológica al Nefrólogo de 3er nivel. Dpto. Nefrología. Hosp. Esp. CMN Raza IMSS. México D.F. **Objetivo:** Determinar el tiempo que tardan en ser referidos los pacientes con sintomatología nefrourológica (SNU) al Nefrólogo, sus características demográficas y clínicas. **Métodos:** Al total de pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Nefrología en un mes se les interrogó, sobre el tiempo que transcurrió desde el inicio del primer(os) síntoma(s) hasta la valoración por el Médico de 1er contacto(T1) y de este al Nefrólogo(T2), y sus características demográficas y clínicas; considerando referencia muy temprana ≤ 4 meses. **Resultados:** En un total 266 casos, la edad promedio fue de 38.27 ± 14.5^a , el 63.2%(n=168) mujeres, en labores del hogar. Sus Antecedentes Heredofamiliares fueron: Diabetes Mellitus(DM) 50.8%, Hipertensión Arterial Sistémica(HAS) 49.2%, Insuficiencia Renal Crónica 15.8%. Sus Antecedentes Personales Patológicos: HAS (52.3%), DM (11.3%), y la principal SNU fue la Nicturia (56%). Tanto para T1 y T2 la mayoría de los pacientes, se presentan en < 4 meses (86.84% y 62.8% respectivamente). Los diagnósticos de envió no concuerdan con los diagnósticos establecidos por el nefrólogo, sin embargo aumento el numero de casos detectados con riesgo de nefropatía. **Conclusión:** Los resultados del presente trabajo confirman el buen sistema de referencia de la Delegación II del IMSS que traduce, un incremento en la detección oportuna, en población de riesgo para nefropatía crónica, si lo comparamos con años anteriores, el 62.8%(167/266) pacientes fueron canalizados oportunamente con el Nefrólogo. Obviamente el impacto a futuro requiere de otros estudios de costo y beneficio.

Time Referral of patients with Nephrourologic Symptomatology to the Nephrologist at a Tertiary Care Center in Mexico. Condition Diagnostic. Nephrology Department. Hospital from National Medical Center La Raza IMSS México D.F.

Objective: determine the time referral late of the patients with nephrourologic symptomatology (NUS) with Nephrologist, yours demographics and clinics characteristics. **Methods:** All of patients that going to the External Consult from

Nephrologist at one month, were questions about it the time past since beginning of the first(s) symptom(s) until the assessment by first contact physician(T1), and the time referral to the Nephrologist(T2), and the demographics and clinics characteristics, considering referral very early ≤ 4 meses. **Results:** An all of 266

cases, the average age was 38.27 ± 14.5 , the 63.2% women, on mistress. Yours Familiar Antecedents: Diabetes Mellitus(DM) 50.8%, Hypertension Systemic(HAS) 49.2%, and Chronic Renal Failure 15.8%. Yours Pathological Personals Antecedents: HAS (52.3%), DM (11.3%). The principal NUS was Nicturia (56%).

As for as T1 and T2 the majority patients to appear in the < 4 months(86.84% and 62.8% to respective). The diagnostic envied not regarding with the diagnostics give by the Nephrologist, but arise the news cases with risk for nephropaty.

Conclusions: The results from present work confirm the excellent referral system of the Delegation II from IMSS, that traduce an arise in the detection oportune population in risk for chronic nephropaty, if we wild be compare with before year the 62.8% (167/266) patients were envied oportunelly at the Nephrologist.

Obviously the impact a future required another studies of costs and benefit.

Words Keys: Time referral, demographics, clinics Nephrology out patient.

Introducción:

La proporción de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) tiene un incremento anual, según algunos reportes del 9 al 15% (1,2,3) y de este porcentaje el 3.4% son pacientes jóvenes (3,4,5).

En el mundo hay mas de un millón de pacientes en tratamiento con diálisis crónica y de estos solamente el 20% son trasplantados (6,7).

En nuestro país (7,8) existen alrededor de 28 mil enfermos en diálisis de los cuales el 80% se encuentran en la modalidad peritoneal, por tanto México ocupa el primer lugar en el mundo con dicha terapia (7,8,9)

En cuanto al costo derivado de la IRC este ha sido elevado en todo el mundo, por ejemplo en EUA asciende a 15.6billones de dólares al año (1-2,10), en nuestro país el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que da servicio aproximadamente al 80% de la población en la República Mexicana utiliza el 15% del presupuesto institucional (7,8) para la atención de estos pacientes.

Por tanto basado en lo anterior, la IRC, es considerado un problema de Salud Pública, en el Ámbito Mundial.

Es necesario considerar que a pesar de tomar en este grupo de pacientes en diálisis; predictores independientes de mortalidad (2-5, 10, 11-13) como edad, sexo, raza, nutrición, tratamiento médico y de aumentar la atención en los factores modificables, como el incremento en la dosis de diálisis y el uso de dializadores más biocompatibles, la mortalidad es alta. (13-20)

Por tanto la detección Temprana y Oportuna de la Enfermedad, así como la Calidad en la Atención Médica que reciben antes de iniciar alguna modalidad del

tratamiento sustitutivo, se hace necesaria (21-22). Para ello se requiere un manejo multidisciplinario con campañas de prevención y referencia temprana al Nefrólogo, con el fin de tratar de modificar el comportamiento de la enfermedad renal.

Eadigton (23) definió como falla de referencia cuando, el manejo podría haber sido mejorado por un contacto temprano con los servicios de atención renal. Esta puede estar influenciada por la estructura del sistema de salud, la edad, ausencia de estados co-mórbidos no renales (sintomatología leve que hace que el paciente no acuda con el Médico de primer contacto) ó bien que el problema nefrológico no sea sospechado por el médico de primer contacto. (23-27)

Ahora bien esto depende de una buena referencia con el Nefrólogo que hasta ahora se ha definido como temprana cuando es ≤ 4 meses, antes de iniciar la Terapia Sustitutiva. (21-22), sin embargo no existen trabajos que evalúen cual es el tiempo que tardan en ser enviados los pacientes desde los primeros síntomas nefrourológicos con el Médico de 1er. contacto y de este, el tiempo en que tardan para ser referidos al Nefrólogo.

Por tanto al ser el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza (HE CMN Raza), un Hospital de concentración en donde son enviados un gran número de pacientes de 1ero. Y 2do. nivel de atención; decidimos realizar el presente estudio de diagnóstico situacional del tiempo de referencia de envió desde los primeros síntomas de su enfermedad hasta el Nefrólogo.

Objetivos:

- 1.- Determinar cual es el tiempo que tardan en ser referidos los pacientes con sintomatología nefrourológica al especialista Nefrólogo en un 3er nivel de atención.
- 2.- Determinar las características demográficas y clínicas de este grupo de pacientes estudiados.

Materiales y Métodos:

Previa presentación y aceptación por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza, se procedió a realizar el estudio, mismo que se llevo a cabo en un periodo de 30 días. Criterios de Inclusión: todos los pacientes enviados de primera vez de otras unidades médicas de atención de 1er y 2do nivel que corresponden a la delegación II del IMSS, cuyos criterios de envío correspondían a Glomerulopatía, Protocolo de Trasplante Renal Donador Vivo vs. Cadavérico, y cuando no contaban con los métodos para complementar el diagnóstico; así como los que acuden ya en forma permanente a la CE de Nefrología de este Hospital. Criterios de Exclusión: pacientes en los que no se haya documentado en el expediente o en las hojas de recolección, los criterios de inclusión en mas del 80% al momento de realizar la revisión. Criterios de Eliminación: si la información recabada de los cuestionarios y expedientes era menor del 80% de la requerida y/o haya una fuente secundaria para completarla y que el paciente o el familiar los ignorara.

Objetivos:

- 1.- Determinar cual es el tiempo que tardan en ser referidos los pacientes con sintomatología nefrourológica al especialista Nefrólogo en un 3er nivel de atención.
- 2.- Determinar las características demográficas y clínicas de este grupo de pacientes estudiados.

Materiales y Métodos:

Previa presentación y aceptación por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza, se procedió a realizar el estudio, mismo que se llevo a cabo en un periodo de 30 días. Criterios de Inclusión: todos los pacientes enviados de primera vez de otras unidades médicas de atención de 1er y 2do nivel que corresponden a la delegación II del IMSS, cuyos criterios de envío correspondían a Glomerulopatía, Protocolo de Trasplante Renal Donador Vivo vs. Cadavérico, y cuando no contaban con los métodos para complementar el diagnóstico; así como los que acuden ya en forma permanente a la CE de Nefrología de este Hospital. Criterios de Exclusión: pacientes en los que no se haya documentado en el expediente o en las hojas de recolección, los criterios de inclusión en mas del 80% al momento de realizar la revisión. Criterios de Eliminación: si la información recabada de los cuestionarios y expedientes era menor del 80% de la requerida y/o haya una fuente secundaria para completarla y que el paciente o el familiar los ignorara.

Durante el periodo de 30 días que se llevo a cabo el estudio y en el tiempo de espera para ser atendidos en la consulta, llenaron una hoja de recolección de datos que fue certificada por el Nefrólogo o los Médicos Residentes que rotan en la CE Nefrología, lográndose recolectar un total de 266 cuestionarios que abarcaban las siguientes variables de importancia:

- 1) Características Demográficas como edad, sexo, peso, talla, tabaquismo, etilismo, ocupación, y actividad laboral, clínica de adscripción y Hospital General de Zona
- 2) Antecedentes Heredofamiliares de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Neoplasias, Lupus Eritematoso Sistémico (LES).
- 3) Diagnósticos de envió de su Hospital general de Zona (HGZ)
- 4) Diagnósticos establecidos por el Nefrólogo en la CE, para HAS, Nefropatía Lúpica, Nefropatía Diabética, Glomérulo nefritis Primaria (GMN prim.), Síndrome Nefrótico, Protocolo de Trasplante Renal de Donación Familiar Afectiva o Donación Cadavérica (PTRDVR y C).
- 5) Antecedentes y Sintomatología Nefrourológica como Litiasis, Hematuria, Enuresis, Nicturia, Blefaroedema, Edema de Miembros Inferiores (Mils), HAS, Preeclampsia, Prostatismo e Infección de Vías Urinarias de repetición.
- 6) Criterios de la Asociación Americana de reumatología (ARA) para LES: Caída Fácil del cabello, Ulceras Orales, Artralgias, Raynaud, Fiebre Nocturna, Perdida de Peso, entre otros.

- 7) Especial énfasis en el Tiempo que Transcurrió desde el inicio de los Primeros síntomas hasta que llega al Médico de 1er contacto (Médico Familiar, Médico Internista, Médico Especialista Privado: Pediatra o Nefrólogo Pediatra); definido como T1.
- 8) El Tiempo que transcurrió en ser enviado del Médico de 1er contacto al Nefrólogo de 3er nivel de atención; definido como T2. Como el tiempo total en que llegó al Nefrólogo de 3er nivel de atención médica.

Todos los datos obtenidos en las hojas de recolección se cotejaron y analizaron mediante el programa de análisis estadístico SPSS 10 (Statiscal Package for the Social Sciencies).

Resultados:

Los datos demográficos recabados y analizados de los 266 pacientes son presentados en la **Tabla 1**. La cual nos proporciona información importante. Así para la edad, el promedio en años del 100% de los pacientes analizados fue de 38.27 ± 14.5 años (rango de 16-78). En el 99.6% de los pacientes analizados, se observó que el 63.4% (n=168) correspondían al sexo femenino, mientras que el 36.8% (n=98) al sexo masculino. En el 81.2% de los pacientes se obtuvo el peso, siendo este en promedio de 65.7 ± 14.5 Kg (rango de 30 – 116); y para la Talla en el 67.6% de los pacientes, fue de 159 ± 10 cm (rango de 120 - 184). En el 100% de los pacientes analizados, el 15.4% fumaba (n=41) mientras el 84.6% (n=225) no tenían antecedente de fumadores. En cuanto al antecedente de alcoholismo en el 0.75% de los pacientes (n=2) fue positivo, mientras el 99.35% (n=264), se reportó negativo este antecedente. En cuanto al rubro laboral se observa que en el 100% de los cuestionarios analizados, el 50.84% (n=135), se encuentra activo, y el 49.26% (n=131) están inactivos.

En el 100% (n=266) de los pacientes estudiados, se documentó que la distribución en cuanto al rubro laboral, se observa que la gran mayoría pertenece a las Amas de Casa dedicadas a Labores del Hogar en el 32.33% (n=86); mientras que la distribución en las demás ocupaciones se encuentran para los Empleados (n=67, 25.18%); Obreros (n=30; 11.27%); Estudiantes (n=26, 9.77%);

Nivel Licenciatura (n=23; 8.64%); y los que de plano no tenían actividad laboral (n=18; 6.76%) y por último los Pensionados (n=16; 6.01%). **Tabla 2**

Dentro de los Antecedentes Heredofamiliares y la Carga Genética de la Población Estudiada, se determinaron varias subdivisiones desde aquellos que solamente contaban con un antecedente hasta aquellos que contaban con más de 1 solo. Observando que la gran mayoría, es decir el 21.43% (57/266) no tenían ningún antecedente; mientras que el 15.41% (41/266) fue conferido a la Diabetes Mellitus (DM); el 13.91% (37/266) para DM+HAS; para Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) el 13.16% (35/266); para DM+HAS+Ca fueron 14/266 (5.26%); el 6to lugar lo ocupa DM+HAS+IRC (Insuficiencia Renal Crónica) y DM+HAS+IRC+Ca con 11/266 (4.13%) ambos. Con 9/266 (3.38%) fue para los grupos conformados con DM+Ca y Neoplasias únicamente. En 8vo lugar para HAS+Ca con 2.63%(7/266); para IRC con 2.25% (6/266); los demás Grupos como HAS+IRC (5/266; 1.88%), LES (4/266; 1.50%). Y para los grupos restantes que en suma dan un 7.51% (20/266) de manera respectiva. **Fig. 1**

De todos los pacientes analizados, el 22.56% (60/266) no presentaba sintomatología y vimos que la Sintomatología Nefrourológica más frecuentemente observada en la población estudiada, correspondió en primer lugar a la Nicturia (N) en 19.17% (51/266). De allí siguen en orden de frecuencia y de manera descendente N+Edema (Ed) en 7.14% (19/266); Enuresis (E)+N en 6.39%

(17/266); el Edema solamente y la Hematuria (H)+N en 5.26% (14/266) para ambos. La Enuresis y la Hematuria solas fueron observadas en 4.13% (11/266) respectivamente. El Grupo con H+N+Ed con 3.75% (10/266). Para Litoria(L)+N fueron 9/266 pacientes con 3.38%. Para el grupo E+N+Ed el 2.63% (7/266); H+E+N fueron 6/266 (2.25%). Para el grupo con Litoria el 1.5%(4/266) y el resto de los subgrupos fueron clasificados en el grupo Otros en 12.40% (33/266), por el número tan bajo de pacientes que fueron incluidos en estos. **Fig.2**

Fueron analizados algunos datos clínicos, relacionados a los Criterios establecidos por la ARA para LES, destacando en orden de frecuencia, como se observa en la **Tabla 3**: las Artralgias en un 43.2% de los pacientes(115/266); en 2do lugar la Fácil Caída de Pelo en 30.1% de los pacientes (80/266); le sigue la Pérdida de Peso 22.9% (61/266); las Ulceras Orales en 18.8% (50/266); el Fenómeno de Raynaud en 11.3% (30/266), y por último la presencia de Fiebre Nocturna en un porcentaje mínimo de 6.8% (18/266).

En la **Tabla 4** Evaluamos los Antecedentes Personales Patológicos más importantes asociados, en los pacientes estudiados. Observamos que la gran mayoría padecen HAS en un 53% (141/266); de allí le siguen aquellos que son portadores de DM en 11.3% (30/266). Los que se integraron al grueso de estas condiciones, algunos ya portadores, y que son catalogados por la presencia de Nefritis como Lúpicas, en un porcentaje de 10.15% (27/266); otros con

antecedentes de Sinusitis Crónica en 8.3% (22/266). Y por ultimo del total de mujeres 168/266, 47(28%) tuvo antecedente de preeclampsia misma que condiciono interrupción del embarazo por vía abdominal; y de estas 32/168 recibieron control médico después de la preeclampsia.

Del grupo total de pacientes encuestados evaluamos que el Hospital General Zona (HGZ), que con mayor frecuencia enviaba pacientes a la CE de Nefrología del HECMN Raza, reportó los siguientes resultados: el HGZ No.27 con 12% (32/266); y le siguen en frecuencia, el HGZ No.72 con 7.1% (19/266); los HGZ No.24; 57; 68 con 6.8% (18/266); el HGZ No.58 con 6.0% (16/266); y el remanente en los HGZ No.98 y 194 con 5.3% (14/266) respectivamente. **Fig. 3**

Analizamos cuanto tiempo transcurría desde el inicio de sus primeros síntomas Nefrourológicos hasta el Médico de 1er contacto, definido como T1; y el tiempo de referencia del Médico de 1er contacto hacia el Nefrólogo (T2), y dos periodos distintos de tiempo (<4meses y >4 meses). Como también los diagnósticos mas frecuentemente encontrados en el envío y los establecidos por el Medico especialista Nefrólogo del 3er nivel de atención. **(Fig. 4 A y B)**. Del 100% de los pacientes analizados el 86.84% (231/266) llegaban al Medico de 1er contacto en menos de 4meses, y el 13.15% (35/266), se tardaban mas de 4 meses en llegar. Como también observamos que el 62.78% (167/266) pacientes; eran referidos del Medico de 1er contacto con el Nefrólogo en <4meses, mientras

el 37.22% (99/266), llegaban después de 4 meses. Los diagnósticos mas frecuentes de envío por parte del medico de 1er contacto con el Nefrólogo en orden descendente fueron: Otros Diagnósticos (Píelo nefritis, Infección de Vías Urinarias, Quiste Renal, Deterioro de la Función Renal etc.) en un numero importante de pacientes (77/266, 28.95%); Glomerulopatía en Estudio (Hematuria, Proteinuria, Síndrome Nefrótico) (64/266, 24.06%); IRC-prediálisis (63/266 23.68%); los que son enviados para PTRDVR y PTRDC en 24/266 (9.02%) y por ultimo los que son enviados por HAS en Estudio 23/266 pacientes (8.65%); y 15/266 (5.63%) respectivamente. Los diagnósticos mas frecuentemente establecidos y manejados por el Nefrólogo de la CE HECMN Raza, fueron en orden descendente la GMN Primaria en 67/266 (25.19%); Riñón Suficiente (45/266, 16.92%); IRC-Prediálisis (43/266, 16.17%); PTRDVR (36/266, 13.53%); Nefropatía Lúpica (28/266, 10.53%); PTRDC (19/266, 7.14%); HAS Secundaria (Feocromocitoma, Hipertensión Renovascular, Adenoma) (16/266, 6.02%); Nefropatía Diabética (12/266, 4.53%).

Por ultimo, analizamos el tiempo de referencia en días, con diferentes intervalos desde los primeros síntomas Nefrourológicos hasta el Nefrólogo en los 266 pacientes. (Fig. 5) La gran mayoría de los pacientes (231/266, 86.84%) llegan al medico de primer contacto en menos de 4 meses, siendo más importante en el intervalo de 0-30 días (178/266, 66.92%), y de 31-120 días (53/266, 19.92%); para el resto que se presenta en >4 meses con él medico de 1er contacto (35/266, 13.16%) distribuidos en los restantes intervalos de tiempo. En cuanto al tiempo de

referencia del medico de 1er contacto con el Nefrólogo (T2), una proporción importante de pacientes llega en menos de 4 meses (167/266, 62.78%), siendo mas frecuente en el intervalo de 31-120 dias (94/266, 35.34%), le sigue el intervalo de 0-30 dias (73/266, 27.44%); el remanente que llega referido al Nefrólogo, después de los 4 meses (99/266, 37.22%), presentando una distribución en los diferentes intervalos como sigue: 121-180 dias (44/266, 16.54%); 281-400d (25/266, 9.40%); 401-520d (5/266, 1.88%); 521-640d (5/266, 1.88%); 641-760d (12/266, 4.51%); 761-880d (3/266, 1.13%); 881-1000d (1/266, 0.4%); 1001-1120d (4/266, 1.50%).

Discusión:

La referencia tardía al nefrólogo (1,3) es un problema que frecuentemente se asocia con aumento en la morbimortalidad y que se ve influenciado por otras condiciones como Edad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y los estados comórbidos asociados como los problemas cardiovasculares (7)

Los trabajos de referencia temprana o tardía se basan en la intervención del Nefrólogo a \pm 4 meses antes de iniciar la terapia dialítica (3,7,13) con el objeto de mejorar la calidad de vida y los costos. Sin existir hasta el momento actual, estudios de referencia muy temprana, es decir, de casos de pacientes con nefropatías que tienen función renal conservada y/o con diversos grados de insuficiencia renal crónica, en donde la intervención del nefrólogo será aun más oportuna, para tomar medidas preventivas en el retardo en la progresión; y esto en el presente trabajo se modifico y paso a ocupar el 2do. y 3er. motivo de consulta. Pero, los resultados actuales no concuerdan con un estudio previo (25) en la misma sede, en lo que respecta a motivos de consulta y sí, la Insuficiencia Renal Crónica Pre-diálisis, ocupaba el 9no. lugar de las causas de consulta en dicho estudio. Esto, puede traducir que la promoción en la salud en los niveles de atención primaria ha mejorado tratando de identificar casos nuevos de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), sin embargo solo en un 6.39% hubo concordancia con diagnósticos de Insuficiencia renal crónica como tal, y el restante en base a estudios complementarios se confirmaran como pacientes con función renal suficiente y/o IRC Leve, es decir que la depuración de creatinina detectada por él medico de primer contacto era baja sin poder corresponder a la

determinación de creatinina sérica, pero si, identificamos ciertos factores de inicio de daño como: infecciones de vías urinarias crónica, Hipertensión Arterial, obesidad, etc. Esto deberá ser analizado a futuro, ya que por el momento es halagador que se estén identificando nuevos casos de riesgo a insuficiencia renal crónica pero la traducción final requiere de un nuevo estudio, para checar el efecto costo-beneficio de la intervención muy temprana del Nefrólogo.

Por tanto, los resultados del presente trabajo permiten determinar que la referencia muy temprana al Nefrólogo (a pesar de que el tiempo en el que nos basamos menor a 4 meses considerado como referencia temprana, antes de iniciar la terapia de sustitución de la función renal), deberá de ser considerada como parte importante no solo para el diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad renal, prolongación de la etapa pre-IRC, sino para que el paciente llegue en las mejores condiciones posibles, y preparado para la terapia sustitutiva a la que en un futuro deberá de ser incluido.

Conclusiones:

- 1.- El tiempo de referencia al medico de 1er contacto(T1) fue un 86.8% (231/266) y para el nefrólogo (T2) fue en un 62.8% (167/266), para ambos en menos de 4meses.
- 2.- Lo anterior traduce un buen sistema de referencia de la Delegación II del IMSS.
- 3.- La mayoría de los pacientes que son referidos a la Consulta Externa de Nefrología, son pacientes jóvenes en edad productiva amas de casa, por tanto quedara investigar en el futuro él porque de esta tendencia.
- 4.- La Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial siguen siendo los principales antecedentes heredofamiliares en nuestra población y la Insuficiencia Renal Crónica puede sugerir causas de IRC Familiar.
- 5.- La Nicturia es la sintomatología nefrológica mas frecuentemente observada que debe poner en alerta al médico de 1er. contacto sin dejar atrás el edema.

Bibliografía:

- 1.- Ifudu O; Dawood M; Homei P; et al. Excess Morbidity in Patients Starting Uremia Therapy Without Prior care by a Nephrologist. *Am J Kidney Dis* 1996; 28 (6): 841 – 845.
- 2.- Roubicek Ch; Brunet P; Hulart L; et al. Timing of Nephrology referral: Influence on Mortality and Morbidity. *Am J Kidney Dis* 2000; 36 (1): 35 – 45.
- 3.- Obrador GT; Pereira BJ. Early Referral to the Nephrologist and Timely Initiation of renal Replacement Therapy: A Paradigm Shift in the Management of Patients with Chronic Renal Failure. *Am J Kidney Dis* 1998; 31(3): 398 – 417.
- 4.- Steenland NK; Thun MJ; Ferguson W; et al. Occupational and Other Exposures Associated with Male End-Stage Renal Disease: A Case/Control Study. *AJPH* 1990; 80 (2): 153 – 157.
- 5.- Fenton S; Schaubel D; Desmeules M; et al. Hemodialysis Versus Peritoneal Dialysis: A Comparison of Adjusted Mortality Rates. *Am J Kidney Dis* 1997; 30 (3): 334 – 342.
- 6.- Port FK. Worldwide demographics and future trends in end-stage renal disease. *Kidney Int* 1993; 43 (Suply 41): S4 – 7.
7. - Aguirre H; Báez B; Soto M; et al. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Análisis epidemiológico. *Rev Med IMSS* 2000; 38 (1): 39 – 52.
- 8.- Rettig RA: The Social Contract and the Treatment of Permanent Kidney Failure. *JAMA* 1996; 275 (14): 1123 – 1126.
- 9.- Friedman EA. End-Stage Renal Disease Therapy. An American Success Story *JAMA* 1996; 275 (14): 1118 – 1122.

- 10.- United States Renal Data System: USRDS 1998 Annual Data Report, Incidence and Prevalence of ESRD. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2 Suppl 1): S38 – 49.
- 11.- Diaz-Buxo JA: Early Referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. Nephrol Dial Transplant 2000; 15: 147 – 149.
- 12.- United States Renal Data System: USRDS 1998 Annual Report, The Economic Cost of ESRD and Medicare Spending for Alternative Modalities of Treatment. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2 Suppl 1): S118 – 131
- 13.- Arora P, Obrador GT; Ruthazer R; et al. Prevalence, Predictors, and consequences of Late Nephrology Referral at a Tertiary Care Center. J Am Soc Nephrol 1999; 10: 1281 – 1286.
- 14.- Roubicek Ch. Selection Bias Impacts Outcome reports of Uremia Therapy. Am J Kidney Dis 2000; 36 (1): 208 – 210.
- 15.- United States Renal data System: USRDS 1998 Annual Data Report, Causes of Death. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2 Suppl 1): S81 – 88.
- 16.- United States Renal Data System: USRDS 1996 Annual data Report, Causes of Death. Am J Kidney Dis 1997; 30 (2 Suppl 1): S 107 – 117.
- 17 - Alexander GC; Sehgal AR. Dialysis Patient of the Quality of Medical care. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2): 284 – 289.
- 18 - United States Renal Data System: USRDS 1998 Annual Data Report, Patient Mortality and Survival. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2Suppl 1): S69 – 80.
- 19.- Port FK. Morbidity and Mortality in dialysis patients. Kidney Int 1994; 46: 1728 – 1737.

- 20.- United States Renal data System: USRDS 1998 Annual Data Report, International Comparisons of ESRD Therapy. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2 Suppl 1): S136 – 141.
- 21.- Schmidt RJ; Domico JR; Sorkin MI; et al. Early Referral and Its Impact on Emergent First Dialysis, Health Care Costs, and Outcome. Am J Kidney Dis 1998; 32 (2): 278 – 283.
- 22.- Port FK. End-Stage renal disease: Magnitude of the problem, prognosis of future trends and possible solutions. Kidney Int 1995; 48 (Suppl 50): S3 – 6.
- 23.- Eadigton DW: Delayed referral for dialysis. Nephrol Dial Transplant 1996; 11: 2124 – 2126.
- 24 - Cortes L: Retos y problemas de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Rev med HE CMNO IMSS, Jalisco; 2002.
- 25.- Osorio-Breton MP. Diagnóstico Epidemiológico de la Consulta Externa de Nefrología de un Hospital de 3r. Nivel de atención en el Valle de México. En revisión para publicación.
- 26.- Wolfe RA; Ashby VB; Milford EL; et al. Comparison of Mortality in all Patients on Dialysis, Patients on Dialysis Awaiting Transplantation, and Recipients of a First Cadaveric Transplant. New Eng J Med 1999; 341(23): 1725 – 1730.
- 27.- Consensus Development Conference Panel: Morbidity and Mortality of renal Dialysis: An NIH Consensus Conference Statement. Ann Intern Med 1994; 121: 62 – 70.

Tabla 1 Características Demográficas de la Población Analizada (n=266)

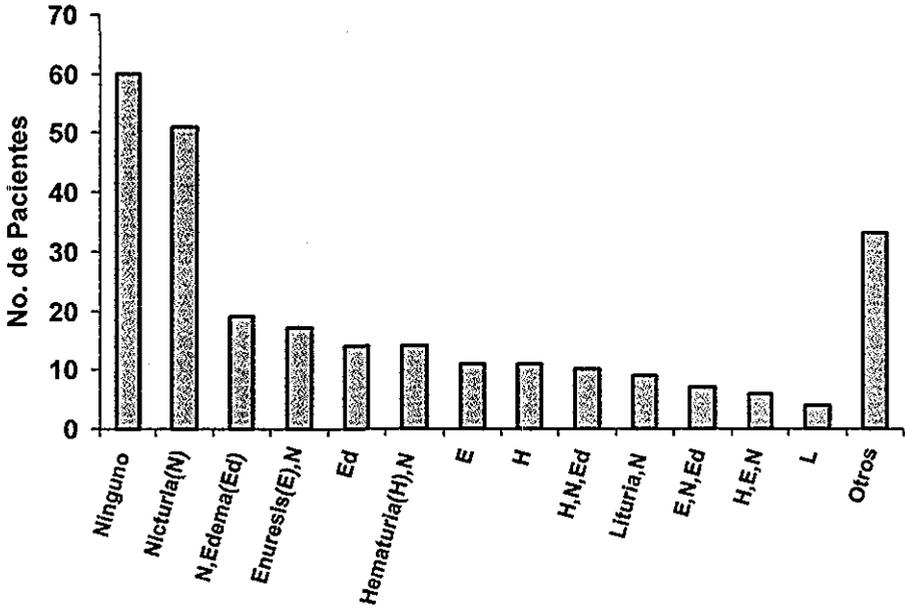
Características	Porcentaje Analizado	\bar{x}	SD	Rango
Edad (años)	100%	38.27	± 14.5	16 – 78
Peso (Kg)	81.2%	65.70	± 14.5	30 –116
Talla (cm)	67.6%	159	± 10.0	120 – 184
Sexo	99.6%			
Femenino	63.2% (n=168)	Masculino	36.8% (n=98)	
Tabaquismo	100%			
Positivo	15.4% (n=41)	Negativo	84.6% (n=225)	
Alcoholismo	100%			
Positivo	0.75% (n=2)	Negativo	99.25% (n=264)	
Ocupación	100%			
Activos	50.8% (n=135)	No Activos	49.2% (n=131)	

Tabla 2 Ocupación mas frecuentemente Observada (n=266)

Ocupación	No.
Licenciatura	23
Empleados	67
Estudiantes	26
Obreros	30
Labores del Hogar	86
Pensionados	16
Ninguna	18

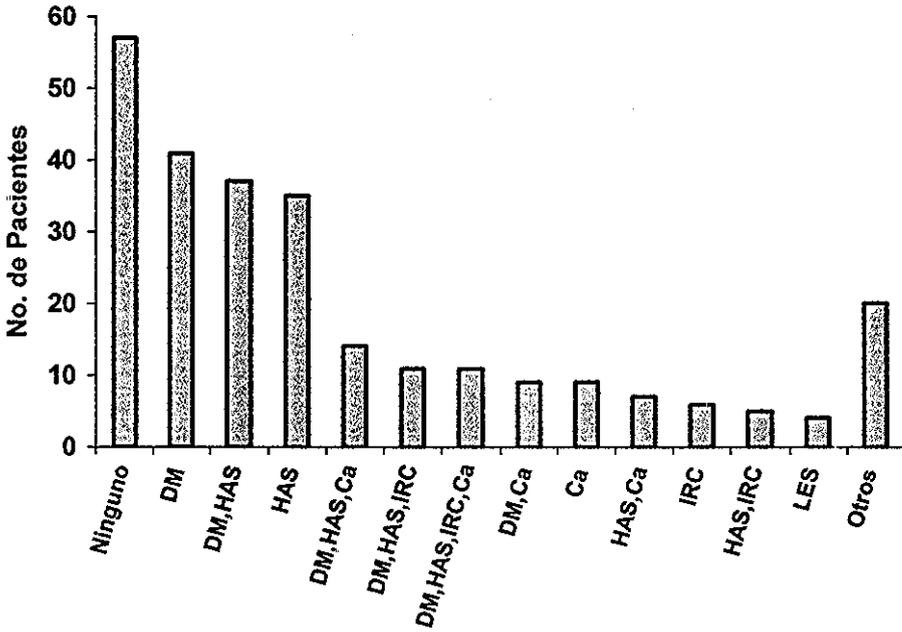
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Fig. 1 Sintomatología Nefrourológica mas frecuente de la Población Estudiada
n=266**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Fig. 2 Antecedentes Heredofamiliares de la Población Estudiada
n=266**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

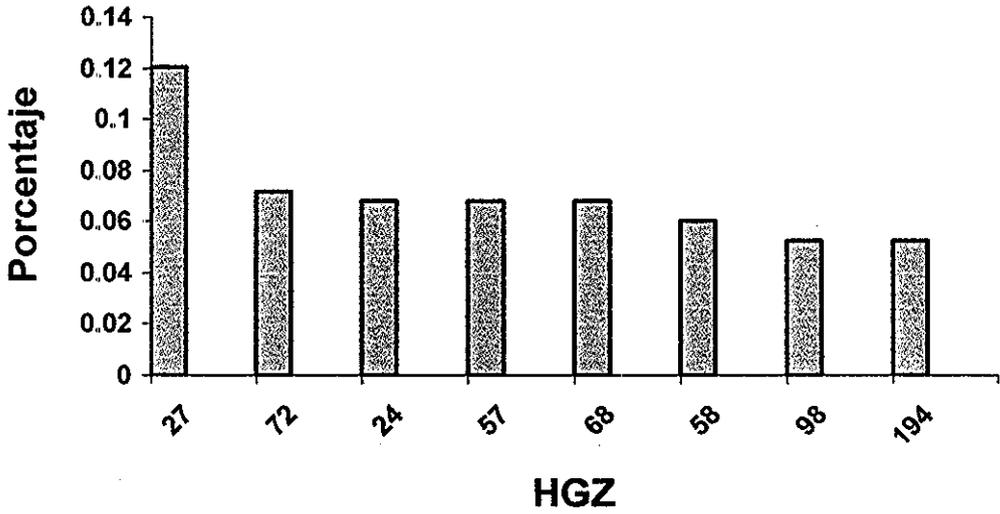
Tabla 3 Criterios de la ARA para LES mas frecuente en la Población Estudiada

Características	Positivo	Negativo
Caída de Pelo Fácil	30.1% (n=80)	69.9% (n=186)
Ulceras Orales	18.8% (n=50)	81.2% (n=216)
Artralgias	43.2% (n=115)	56.8% (n=151)
Perdida de Peso	22.9% (n=61)	77.1% (n=205)
Fiebre Nocturna	6.8% (n=18)	96.9% (n=248)
Raynaud	11.3% (n=30)	88.6% (n=236)

Tabla 4 Antecedentes Personales Patológicos en la Población Estudiada

Condición Patológica	Positivo	Negativo
Diabetes Mellitus	11.3% (n=30)	88.7% (n=236)
Hipertensión Arterial	53.0% (n=141)	47.0% (n=125)
Sinusitis Crónica	8.3% (n=22)	91.8% (n=244)
Preeclampsia	28.0% (n=47)	72.0% (n=121)
Control Después de Preeclampsia	19.0% (n=32)	80.95% (n=136)
Lupus Eritematoso Sistémico	10.15% (n=27)	89.85% (n=239)

Fig 3 Referencia Hospital General Zona



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

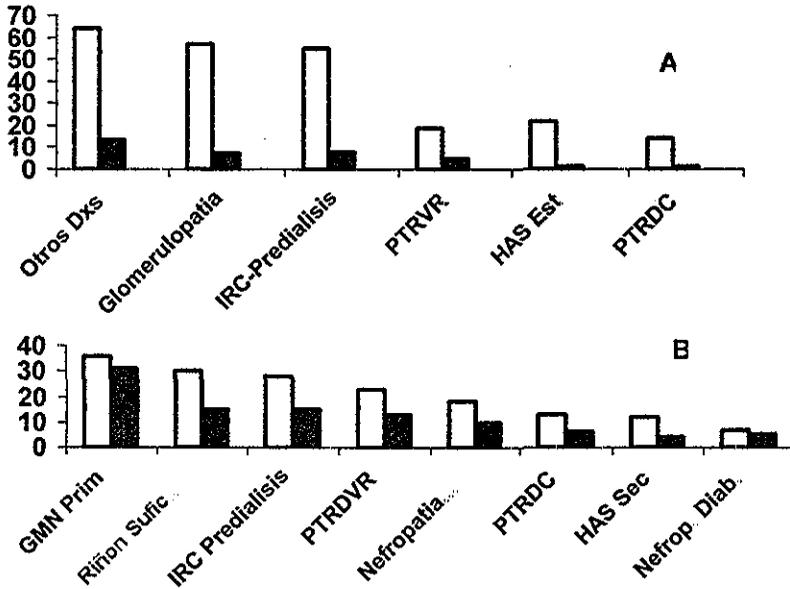


Fig. 4 A Diagnósticos de envío y tiempo que transcurrió desde los primeros síntomas hasta el médico de 1er contacto (T1)

B Diagnósticos Establecidos por el nefrólogo y el tiempo de referencia del médico de 1er. contacto – con el nefrólogo (T2).

n=266
 □ <4meses ■ >4meses

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Tiempo de referencia desde los primeros Síntomas hasta el Nefrólogo n=266

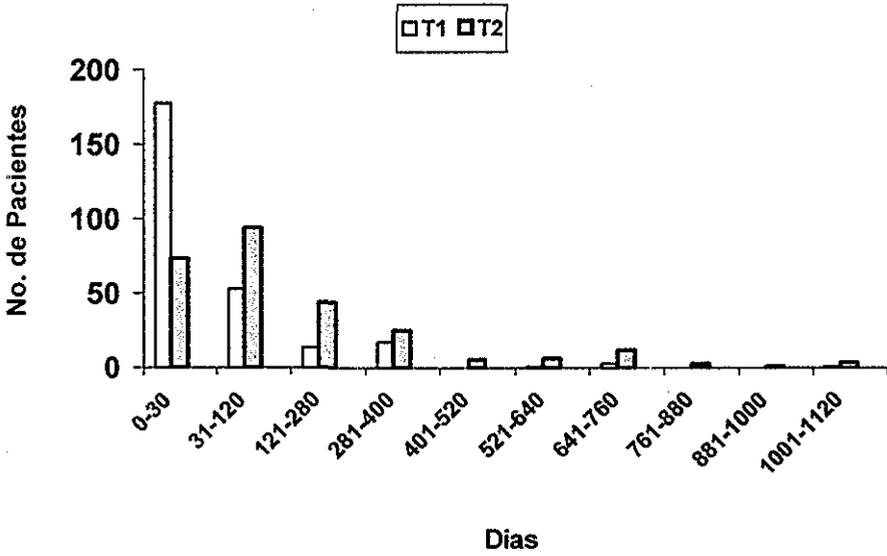


Fig. 5 T1 Tiempo que transcurrió desde los primeros síntomas hasta el médico 1er. contacto
T2 Tiempo de referencia del medico de 1er contacto con el nefrólogo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN