

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU
RELACIÓN CON LOS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES
ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL
AÑO 2017”.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
MÉDICA**

AUTORA:

ANABELLE CAROLINA RUIZ HERRERA

DIRECTOR:

DR. GABRIEL ANÍBAL HUGO MERINO

ASESORA:

LCDA. CAREM FRANCELYS PRIETO FUENMAYOR

CUENCA – ECUADOR

2019



RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC), se caracteriza por la disfunción del riñón, ya sea por una disminución del filtrado glomerular o por lesiones originadas en el riñón, en un tiempo mayor de 3 meses. Según la OMS, la prevalencia de padecer esta entidad clínica es alta y comúnmente está asociada a otras patologías.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período enero-diciembre 2017.

Metodología: Estudio analítico, transversal, de casos y controles que se proyectó, a recolectar los datos sociodemográficos y factores asociados de la ERC. Se obtuvo la base de datos de 1526 pacientes ingresados en el área de clínica de hospitalización del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2017, en donde se incluyó a 76 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, por lo cual, al ser un estudio de casos y controles, se seleccionó de forma aleatoria 76 pacientes sin la patología (Grupo Control).

Resultados: La prevalencia en la población estudiada fue del 4,9%, resultó ser un factor de riesgo los pacientes mayores a 65 años y también el sexo con predominio del femenino 59,0%, el factor asociado de más riesgo fue la diabetes mellitus (74,6%), seguido de la hipertensión arterial (67,6%), ambos con $p=0,000$, la obesidad $OR=2.3$ y valor $p<0.05$. En cambio la dislipidemia y las nefropatías hereditarias resultaron ser menos comunes, y las dos carecen de significancia estadística. En cuanto a los AINEs, resultó que el consumo ocasional y siempre son un factor de riesgo con un $OR >1$, y valor $p>0,05$. El estadio más prevalente fue el grado 5 (30,9%).

Conclusiones: Los factores asociados con más riesgo fueron, la edad mayor a 65 años, sexo femenino, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial. Los estadios de ERC más frecuente fue el grado 5, seguido del grado 4, grado 3B y 3A, grado 2, sin existir ningún paciente que presente el estadio 1.

Palabras Claves: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, NEFROPATÍAS HEREDITARIAS.



ABSTRACT

INTRODUCCION: Chronic Renal Disease (CKD) is characterized by kidney dysfunction, either by a decrease in glomerular filtration or by lesions originating in the kidney, in a period of more than 3 months. According to the WHO, the prevalence of suffering from this clinical entity is high and is commonly associated with other pathologies..

Objective: Determine the prevalence of Chronic Kidney Disease and its relationship with the associated factors in patients of the Vicente Corral Moscoso Hospital, in the period January-December 2017.

Methodology: Analytical, cross-sectional study of cases and controls that was projected, to collect sociodemographic data and associated factors of CKD. The database of 1526 admitted patients was obtained in the hospitalization clinic area of the Vicente Corral Moscoso Hospital, in 2017.

Results: The prevalence in the population studied was 4.9%, patients over 65 years of age turned out to be a risk factor and also the sex with predominance of the feminine 59.0%, the associated risk factor was diabetes mellitus (74.6%), followed by arterial hypertension (67.6%), both with $p = 0.000$, obesity $OR = 2.3$ and $p = <0.05$, On the other hand, dyslipidemia and inherited nephropathies were less common, and both lack statistical significance.

Conclusions: The factors associated with more risk were, age over 65, female sex, type 2 diabetes mellitus, high blood pressure. The most frequent CKD stages were grade 5, followed by grade 4, grade 3B and 3A, grade 2, there is no patient presenting stage 1.

Keywords: CHRONIC RENAL DISEASE, ARTERIAL HYPERTENSION, MELLITUS DIABETES TYPE 2, HEREDITARY NEPHROPATHIES, NON-STEROID ANTI-INFLAMMATORIES.



ÍNDICE

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO	VI
CLAÚSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	VII
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	VIII
AGRADECIMIENTOS	IX
DEDICATORIA.....	X
CAPÍTULO I.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Justificación	14
CAPITULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teórico científicas	17
2.2.1. Concepto	17
2.2.2. Epidemiología.....	17
2.2.3. Etiopatogenia	17
2.2.4. Clínica	18
2.2.5. Clasificación	19
2.2.6. Factores asociados	20
2.3. Definición de términos básicos	27
2.4. Hipótesis	27
CAPITULO III.....	28
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo general.....	28
3.2. Objetivos específicos	28
CAPITULO IV.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	29
4.1.1. Tipo de estudio.....	29
4.1.2. Área de investigación	29
4.1.3. Universo de estudio.....	29
4.1.4. Selección y tamaño de la muestra	29



4.1.5.	Población, muestreo y muestra	29
4.1.6.	Unidad de análisis y de observación	30
4.2.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	30
4.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
4.4.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA INFORMACIÓN	31
4.4.1.	Métodos de procesamiento de la información	31
4.4.2.	Técnica.....	31
4.4.3.	Procesamiento para la recolección de la información	31
4.4.4.	Tablas.....	32
4.4.5.	Medidas estadísticas	32
4.5.	PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	33
4.6.	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	33
4.6.1.	Operacionalización de las variables	34
CAPITULO V.....		37
5.	RESULTADOS	37
5.1.	Cumplimiento del estudio	37
5.2.	Características de la población de estudio	37
5.3.	Análisis de resultados.....	38
CAPITULO VI.....		48
6.	DISCUSIÓN.....	48
CAPITULO VII.....		52
7.	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA	52
6.1.	Conclusiones	52
6.2.	Recomendaciones	53
6.3.	Referencias bibliográficas.....	54
8.	ANEXOS	59
	Anexo n°1. Formulario de recolección de datos	60
	Anexo n° 2. Oficio de autorización del hospital vicente corral moscoso	62
	Anexo n° 3. Oficio de bioética	63
	Anexo n° 4. Oficio de coordinación de investigación	64
	Anexo n° 5. Informe de sistema antiplagio	65
	Anexo n° 6. Rúbrica primer par revisor.....	66
	Anexo n° 7. Rúbrica segundo par revisor	67
	Anexo n° 8. Rúbrica de dirección de carrera	68
	Anexo n° 9. Informe final de investigación.....	69



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Anabelle Carolina Ruiz Herrera, con cédula de identidad número 0105349468, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017" de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de septiembre de 2019

Anabelle Carolina Ruiz Herrera

C.I.: 0105349468



CLAÚSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



CLAÚSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Anabelle Carolina Ruiz Herrera, autora del trabajo de titulación “PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 26 de septiembre de 2019

Anabelle Carolina Ruiz Herrera

C.I.: 0105349468



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Anabelle Carolina Ruiz Herrera, con cédula de ciudadanía N° 0105349468, autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia de la enfermedad renal crónica y su relación con los factores asociados en pacientes adultos del Hospital Vicente Corral Moscoso; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 25 de septiembre de 2019

Anabelle Carolina Ruiz Herrera

C.I.: 0105349468



AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios, por llenarme de sabiduría, fortaleza y persistencia para culminar mis metas propuestas.

Agradezco a mi hijo y esposo por ser la motivación más grande. A mis padres por ser el mejor ejemplo de amor y esfuerzo y por creer en mí durante toda esta etapa de mi carrera. A mis hermanos por estar en el momento preciso y darme su apoyo moral.

A mi director y asesora de tesis por su tiempo, paciencia y compromiso con mi trabajo.



DEDICATORIA

A el amor de mi vida mi hijo, por haber estado conmigo en cada momento.

*A mis padres, por su sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes
he logrado llegar hasta aquí.*

*A mi hermana por ser mi mejor amiga,
A mi abuelito que partió hace 4 meses, gracias por todo su cariño y amor.*



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX, Richard Brighth, empezó a relacionar la presencia simultánea de la albuminuria, hidropesía y lesión parenquimatosa renal, identificando enfermedades que tenían relación con las alteraciones de la orina y cambios en la estructura del riñón. La necropsia era un método que permitía ver las alteraciones estructurales del riñón, además de esto Brighth descubrió una relación importante entre el paciente que tenía hipertensión con daños a nivel renal. Luego varios estudios fueron asociando la enfermedad renal con patologías subyacentes como la diabetes y la obesidad está siendo la más comunes (1).

Después en el año 2002 se publicó una clasificación de la enfermedad renal crónica independiente de la causa de la enfermedad. Esta clasificación en cinco estadios facilitó la puesta en marcha de planes de acción en cuanto al cuidado de la enfermedad renal crónica, con el desarrollo de guías diagnósticas y recomendaciones terapéuticas (2).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), esta enfermedad es un problema grave a nivel mundial y con una alta prevalencia en Latinoamérica, por lo que, incrementa la mortalidad, así como existe manejo inadecuado a este problema de salud (3).

En los últimos 20 años, según la OMS en Centroamérica, incrementó, el número de casos, de personas con enfermedad renal crónica. Lo que conllevó a una creciente de casos de muertes, en especial cuando esta tiene factores asociados como la Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial. Describieron también, que la relación con una alta mortalidad, favorece a las personas con bajos recursos económicos, y pacientes que viven solos, según declara la OMS (3).



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es irreversible y afecta al 10% de población a nivel mundial. En el 2015, la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (OPS/OMS) y (SLANH) llaman a prevenir la ERC y a mejorar el acceso a su tratamiento, que puede prolongar su vida, sugieren una gran inequidad en el acceso al tratamiento en Latinoamérica. La población en riesgo son diabéticos, hipertensos, > de 65 años, quienes hayan tenido algún episodio cardiovascular, fumadores y sedentarios (3-4).

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en nuestro país existe una alta mortalidad por las enfermedades renales crónicas (4). Y más del 65% de la diabetes y la hipertensión arterial, progresa a insuficiencia renal crónica. Según la Sociedad Latinoamericana de nefrología e hipertensión en el 2013, se dijo que la prevalencia de las enfermedades renales en Latinoamérica es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, incrementando cada año un 10% (3). En Ecuador con 16278.844 (según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)) habitantes, se estima que, para el 2015 los pacientes con insuficiencia renal serán 11.460 (5).

Como anteriormente se mencionó, es una enfermedad con alta prevalencia, y mortalidad a nivel mundial, lo que puede conllevar a que de la persona no tenga recursos económicos, ni un tratamiento adecuado. Todo esto puede afectar de una manera psicológica y social al paciente. Lo que hace al personal de salud preocuparse por mejorar la calidad de vida de los pacientes, al mismo tiempo el control, para evitar la progresión de la patología (6).

Es esencial la comprensión de los familiares, en sí de la sociedad, acompañado de una buena adherencia al tratamiento, ha demostrado que los pacientes pueden tener una mejor calidad de vida. Al mismo tiempo el tatar de prevenir de manera esencial, los factores de riesgo que se asocian con esta enfermedad, el educar al paciente para que mejore su estilo de vida, o incentivar a el cambio de hábitos



favorecerán a detener la progresión de la patología, al no cumplir el paciente con esto, hace que se vuelva una situación problemática a nivel mundial (7).

Se conoce en la actualidad que los países desarrollados están más expuestos a los factores de riesgo, en cambio en los países subdesarrollados la atención la falta de recursos económicos, el no poder recibir un buen tratamiento son las principales preocupaciones de los representantes de la salud (7). Estos pacientes cuando alcanzan un estadio avanzado, en el que tiene que ser tratados con personal especializado en esta área, pueden conllevar a una pérdida de peso, debilidad, disminución para realizar ejercicio físico y aumento de estrés, al ver que su estado físico decae, al igual que su estado emocional (8). Especialmente en paciente que requieren diálisis y pacientes trasplantados, la calidad de vida no es favorecedora, por los efectos secundarios causantes; en cambio en pacientes ancianos puede llegar hasta un deterioro cognitivo (9-10).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Después de lo planteado, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período Enero-diciembre del año 2017?



1.3. JUSTIFICACIÓN

La ERC es una patología causante de alta prevalencia a nivel mundial, y en nuestro país, es un tema de suma importancia, ya que para que, se desarrolle o complique, conlleva consigo diferentes factores asociados que incrementan el progreso de esta, si no son controlados de manera temprana y adecuada, determinado que factor es el más agravante para desencadenar ERC, y él porque puede ser su causa; detectando a tiempo la asociación de otras patologías, para poder intervenir de manera temprana.

Por todo esto, este presente estudio nos llevará, a obtener resultado acerca de qué, factores asociados son los que más comunes en la población estudiada. Ya que los datos señalan, que la ERC es irreversible y afecta al 10% de toda la población a nivel mundial. Teniendo en cuenta que la población con más riesgo es en aquellos pacientes diabéticos, hipertensos, con dislipidemia, obesidad y que consumen de manera frecuente los AINEs.

El estudio a realizarse es por la razón de que cada año se observan incremento de prevalencias de pacientes con enfermedad renal, lo que hace que este trabajo sea importante, ya que es un Hospital con alta demanda y donde acuden pacientes de diferentes partes de nuestro país, en especial de la Región Sur, donde mediante un estudio retrospectivo la prevalencia y los factores asociados más frecuentes en ese año, para de esta forma, poder ver resultados acerca de la problemática actual.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En un estudio publicado el 10 de marzo del 2015 en la ciudad de Washington, DC, la OMS, junto con la OPS y la SLANH, declaran a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar su tratamiento a todas las poblaciones, para mejorar la calidad y alargar el tiempo de vida de los pacientes (3). Se dice que, en España la ERC, y otras patologías, que tienen procesos crónicos, son las principales causas de mortalidad, llevando al 61% de defunciones en dicho país. Hay varios factores de riesgo que pueden hacer que esta enfermedad se adquiriera rápidamente, al igual que progrese, teniendo factores que pueden ser modificables como prevenir la obesidad, el tabaco, tener una buena dieta, hacer ejercicio, entre otras, existe una alta prevalencia de adquirir estos factores especialmente en países desarrollados por el estilo de vida que tiene, y es altamente riesgosos en países vulnerables (11).

En España en el 2015 con 97.665 pacientes 57,3% mujeres, la prevalencia fue del 15,1% y en hombres del 13,2%, e iban incrementando según avance la edad. El análisis multivariante detectó una asociación positiva entre eFG-MDRD < 60 y edad (OR = 1,74; IC 95% 1,70-1,77), HTA (OR = 2,18; IC 95% 2,08-2,30), insuficiencia cardíaca (OR = 2,03; IC 95% 1,83-2,25), fibrilación auricular (OR = 1,57; IC 95% 1,41-1,76), cardiopatía isquémica (OR = 1,40; IC 95% 1,30-1,50), arteriopatía periférica (OR = 1,31; IC 95% 1,09-1,57), dislipidemia (OR = 1,28; IC 95% 1,23-1,33), DM (OR = 1,26; IC 95% 1,17-1,34) y AVC (OR = 1,17; IC 95% 1,09-1,25). El modelo con eFG-CKD-EPI mostró un aumento de la OR con la edad y sexo masculino, que cobró significación como factor de riesgo (12).

En el mismo país en España que definía la hipertensión como un factor principal de la ERC, resultó que incrementaba la prevalencia con la edad del paciente y la albuminuria. La prevalencia de una hipertensión arterial resistente fue del 3,2% en menor de 50 años, y en pacientes de 50 a 79 años fue de 13,8% y en mayores de 79 años se da un 17,8% (12). En cambio, con la función renal su prevalencia de



15,8 y de 18,1%, en pacientes con filtrado glomerular >60 , y 22,5% para índice albúmina/creatinina urinaria (UACR) < 30 , 30-299 y > 300 mg/g, respectivamente (13). Lo que asocia a que el paciente tenga una hipertensión arterial (HTA) resistida es, los antecedentes de enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus. El 47,5% de los pacientes con HTA resistente tenían la presión arterial controlada con tratamiento farmacológico antihipertensivo, eran pacientes más jóvenes, por lo que había menos daño renal, menos albuminuria y recibían un tratamiento correcto (13).

En México donde Méndez et al, estudio a 31.712 pacientes que estaban recibiendo diálisis, determino que las causas de ERC por Diabetes mellitus tipo 2 fue de un 48,5%, de hipertensión arterial del 19%, glomerulopatias crónicas del 12,7% y otras causas del 19,8%(14). En Chile la prevalencia de esta enfermedad fue del 5,9% en adultos mayores de 65 años (15).

Otro estudio realizado en México con 56.430 pacientes; (57%) varones y (43%) mujeres, con edad promedio 62 años. Se concluyó que las causas principales fueron la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con un 52,6%, HTA DE 35,2%, glomerulopatias crónicas con un 7,2%. El 60% de pacientes recibieron diálisis peritoneal y el 40 % hemodiálisis. Su incidencia fue de 124 casos por cada mil usuarios, en Tlaxcala, Sinaloa y Zacatecas (16).

Lo que concluye que el factor asociado más común a nivel mundial es la diabetes mellitus tipo 2, seguida de la hipertensión arterial, y otros menos comunes como la anemia, dislipidemia, obesidad (16).

En un estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, Ecuador, con 500 pacientes adultos, la mayoría mujeres, donde la prevalencia fue del 10,6% en ambos sexos. En el área rural fue de 8,1% y en el área urbana del 11,4%. La asociación de ERC con HTA proporcionó una RP: 2.21, con diabetes mellitus tipo 2 RP: 2.7; con las enfermedades autoinmunes RP: 2.59, con sobrepeso, obesidad RP: 0.58, genético RP: 1. 78 (17).



2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1. Concepto

La insuficiencia renal crónica, se conceptualiza como el daño de la estructura o deterioro del filtrado glomerular menor a 60 ml/min/1,73 m² del riñón, presentando esto más de 3 meses (18).

2.2.2. Epidemiología

En Washington, DC, el 10 de marzo de 2015, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), refieren que la enfermedad renal crónica afecta a 8% al 12% aproximadamente de la población mundial (3), se estima que en Estados Unidos la prevalencia es del 15% y en España del 9.2 %. Los pacientes que acuden a diálisis tienen una elevada morbimortalidad, y la mortalidad aumenta cada año en un 6% (19).

En la ciudad de Cuenca la prevalencia es del 10,6% en ambos sexos con predominio del sexo femenino; y se determinó que los factores asociados eran la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2 en un 65%, el resto puede ser causado por el consumo excesivo de nefrotóxicos (AINEs), la dislipidemia, la obesidad, la anemia (30). Es importante saber la prevalencia de esta patología para contribuir a la detección precoz y poder retrasar su evolución o prevenir la progresión de los factores asociados (17).

2.2.3. Etiopatogenia

La tasa de filtración glomerular puede disminuir por tres razones principales: pérdida del número de las nefronas causado por el daño al tejido renal, disminución de la tasa de filtración glomerular de cada nefrona sin su descenso total y por último un proceso combinado de disminución de la función más pérdida del número. Tanto la pérdida funcional y estructural ocasiona una hipertrofia compensatoria de las nefronas que aún sobreviven, es decir las que aun intentan mantener la Tasa de Filtrado Glomerular (20).



Este proceso llamado hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas proinflamatorias, vasoactivas y factores de crecimiento que inducen deterioro renal progresivo. En etapas de inicio de la ERC esta compensación mantiene la tasa de filtración glomerular aumentada, lo que permite una adecuada depuración de sustancias, hasta que exista una pérdida del 50% de la función del riñón que se ven elevados los valores de urea y creatinina en el plasma. En cambio, cuando la función renal esta con una TFG menor del 5 al 10% no se puede subsistir sin terapia renal sustitutiva. Estos pacientes tienen alto riesgo de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la patología asociada o por el tratamiento en que se encuentre (20-21).

El síndrome urémico se manifiesta con el deterioro de la función de varios sistemas orgánicos, esto secundario a la disfunción renal. La fisiopatología es por la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones secundarias por la pérdida de la función renal. Por esto se ha identificado sustancias toxicas como la homocisteina, guanidinas y b4 micro globulina, además alteraciones metabólicas y endocrinas (21).

En pacientes con ERC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, Diabetes Mellitus y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que aumentan el riesgo (21).

2.2.4. Clínica

La enfermedad renal crónica comprende múltiples manifestaciones clínicas, que afectan distintos sistemas del organismo que pueden permaneces silentes en los primeros estadios, según estudios la afectación a órganos aparece en la mayoría tardíamente de casos desde el grado 3b. La acumulación de toxinas urémicas afecta cualquier órgano del cuerpo humano produciendo: nauseas, vómitos, anorexia, anemia, hipertensión arterial, alteración del metabolismo mineral óseo-mineral, malnutrición, disfunción inmune, enfermedad cardiovascular, complicaciones hemorrágicas, neuropatía, edemas, trastornos electrolíticos y del



medio interno (hiperpotasemia, acidosis, hiperfosforemia, hipocalcemia) y pericarditis (22).

2.2.5. Clasificación

Actualmente existe varias clasificaciones, pero todas coinciden en establecer estadios según el deterioro de la función renal. Las últimas guías publicadas por la organización internacional Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) expresa el grado de albuminuria por la que será utilizada en este estudio. Por otro lado según los estadios se puede decir que; la presencia de un grado A3 es un criterio de derivación del especialista, independientemente del filtrado glomerular, y si este se combina con G3a o superior se considera de muy alto riesgo de progresión y cardiovascular (23).

Tabla1. Clasificación de la ERC según las recomendaciones KDIGO

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA BASADOS EN LAS RECOMENDACIONES KDIGO		
Estadio	Descripción	Filtrado Glomerular (ml/min/1.73m²)
G1	FG normal o elevado	Igual o mayor a 90
G2	Ligero deterioro del FGe	89-60
G3A	Disminución ligera a moderada del FGe	45-59
G3B	Disminución moderada a grave del FGe	30-44
G4	Disminución grave del FGe	15-29
G5	Fallo Renal	<15 o necesidad de TRS

Fuente: Revista Española de Nefrología, Elseiver, 2016.
Modificado por: Anabelle Ruiz Herrera



Tabla2. Categorías de la albuminuria.

Estadio	Descripción	Cociente albumina/creatinina(mg/g)
A1	Normal o ligeramente elevada	<30
A2	Moderadamente elevada	30-300
A3	Muy elevada	>300

Fuente: Revista Española de Nefrología, Elseiver, 2016.
Modificado por: Anabelle Ruiz Herrera

En cuanto a la medición del filtrado glomerular, existen diferentes aproximaciones al mismo que han ido evolucionando. Desde el inicial aclaramiento de creatinina hasta la utilización de fórmulas (Cockcroft-Gault, MDRD y CKD-EPI) todas presentan limitaciones y ventajas en su uso, siendo las dos últimas las más usadas hoy en día. Actualmente, se dispone ya de otros marcadores que evitan los defectos de la creatinina como marcador de función renal, siendo el más usado actualmente la cistatina C (23).

2.2.6. Factores Asociados

Podemos dividir en dos:

- **Factores iniciadores:**

Edad, antecedentes familiares de ERC (como por ejemplo nefropatías hereditarias), etnia (es más común en afro-caribeños e indo-asiáticos), género (es más común en hombres), antecedentes personales tales como: diabetes mellitus, síndrome metabólico, hiperfiltración (como en la obesidad), hipertensión arterial, otros que son raros como anemia, dieta hiperproteica o disminución de la masa nefronal;



albuminuria, dislipidemia, uso de nefrotóxicos como los AINES, antibióticos, contrastes yodados, o enfermedad cardiovascular (2-24).

- **Factores de progresión:**

Factores no modificables: edad, género, etnia, genética y la pérdida de masa renal.

Factores modificables: HTA controlada, proteinuria (su efecto deletéreo es cuando es mayor a 1 gr al día, y su reducción disminuye el riesgo de progresión), el sistema renina angiotensina aldosterona (la inhibición detiene que progrese la ERC), el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 1, la obesidad y el síndrome metabólico (controlando la dieta y realizando ejercicio ya que pueden incrementar la proteinuria), la dislipidemia, el tabaco, la hiperuricemia, evitar uso de nefrotóxicos, prevenir la anemia y los antecedentes de patología CV (2-24).

A continuación, se describe los factores asociados:

- **Hipertensión arterial esencial**

La enfermedad vascular es la primera causa de muerte en pacientes que padecen enfermedad renal crónica, por lo que, es un factor principal para su desarrollo, ya que si la función renal declina, se incrementa la posibilidad de eventos cardiovasculares; en especial pacientes con antecedentes de larga data de HTA y que se adhirieron adecuadamente al tratamiento o no, se sabrá el grado de afectación. Según estudios realizados a nivel mundial, se ha demostrado que con un adecuado control de cifras de presión arterial reduce el riesgo de progresión de ERC y mortalidad de origen vascular (25).

En la ERC se consideran cifras de presión arterial sistólica (PAS) > a 140mm Hg y presión arterial Diastólica >90 mm Hg como no controladas y con presencia de albuminuria < de 30mg/24 horas. La prevalencia de HTA en el mundo se estima en 18,3% para el estadio 1 y se incrementa a 82,1% cuando la TFG es menor de 30 ml/min/1,73m² (19). Tozawa et al. observaron que valores de PA por encima del



rango normal alt (131/79 mmHg en varones y 131/78 mmHg en mujeres) se asociaron con un incremento progresivo del riesgo de ERC terminal en una población de 98 759 sujetos, incluso tras ajustar por proteinuria y excluyendo a los pacientes con diabetes mellitus (25).

La elevación de la PA se relaciona con la progresión de la ERC a través de dos factores: 1) transmisión del incremento de la presión arterial sistémica a la microvascularización renal, y 2) presencia de proteinuria (25).

En el riñón normal existe un proceso de autorregulación que mantiene constante el flujo de sangre y la presión capilar intraglomerular, a pesar de fluctuaciones en la PA media entre 80 y 160 mmHg. Este mecanismo constituye un elemento importante en la protección glomerular, ya que el incremento de la presión intraglomerular se relaciona con susceptibilidad para desarrollar daño renal. Esta respuesta autorreguladora de la circulación glomerular requiere la integridad de dos mecanismos: el reflejo miogénico y el feedback túbulo-glomerular (25-26).

El reflejo miogénico hace referencia a la capacidad de la arteriola aferente de cambiar su calibre en relación con cambios en la presión intraluminal. Este reflejo está relacionado con la despolarización de la membrana y el incremento del flujo de calcio intracelular a través de canales de calcio en respuesta a la elevación de la presión transmural. La contracción de esta arteriola en respuesta a un incremento de la presión sistémica proporciona la respuesta más inmediata para proteger al glomérulo evitando el incremento de la presión intraglomerular. El *feedback* túbulo-glomerular es el segundo componente de la autorregulación renal que refuerza el reflejo miogénico respondiendo a cambios en la carga de cloruro sódico a nivel del túbulo distal. El incremento en la presión intraglomerular y en el filtrado glomerular lleva asociado un incremento en la carga tubular de cloruro sódico, que es detectado en túbulo distal por las células de la mácula densa. Cuando aumenta la carga tubular de cloruro sódico, se produce una vasoconstricción de la arteriola aferente, que como resultado reduce la presión intraglomerular y la tasa de filtrado glomerular (26).



En definitiva, cambios en el tono de la arteriola aferente influidos tanto por el reflejo miogénico como por el *feedback* túbulo-glomerular tienen un papel relevante en proteger al glomérulo de los cambios de PA sistémica, impidiendo el desarrollo de hipertensión intraglomerular. La disfunción de estos mecanismos conduce a un deterioro de la autorregulación, de manera que incrementos de la presión sistémica estarán asociados con aumentos de la presión intraglomerular, predisponiendo al desarrollo de lesión renal (26).

Los mecanismos de autorregulación están alterados en diversos trastornos como la HTA, la diabetes mellitus y la ERC. En el riñón dañado, la disfunción de los mecanismos de autorregulación a nivel de la arteriola aferente da lugar a que el incremento de la PA sistémica se transmita al interior del glomérulo. La hipertensión en el capilar glomerular está asociada con el desarrollo de esclerosis glomerular y deterioro progresivo de la función renal (26).

Por otra parte, la proteinuria, marcador de daño renal asociado con la HTA, es por sí mismo un factor de progresión de la ERC. El acúmulo de proteínas filtradas en las células tubulares activa rutas proinflamatorias, profibróticas y citotóxicas que contribuyen a la lesión túbulo-intersticial y fenómenos de cicatrización renal. Así, la HTA favorece la progresión de la ERC mediante el empeoramiento de la función renal y el aumento de la proteinuria (26).

- **Diabetes mellitus de tipo 2**

Es una patología crónica multifactorial que requiere control y seguimiento y de alta prevalencia a nivel mundial. De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes para el año 2011 existían 366 millones de personas con diabetes en el mundo causando 4,6 millones de muertes, se estima que para el año 2030 esta cifra puede alcanzar los 500 millones de personas con diabetes. Pero pese a esto se considera que es un factor asociado modificable para la progresión de la enfermedad renal crónica, al mismo tiempo representa la principal causa de ERC, siendo importante marcador de morbilidad y mortalidad en estos pacientes ya que a medida que se deteriora la TFG y empeora la albuminuria se conoce los riesgos y el estadio de la ERC (27).



En el paciente con diabetes se incrementa el riesgo cardiovascular 3.2 veces más que en la población no diabética con enfermedad renal, además la proteinuria en presencia de diabetes es considerada como un marcador de progresión renal y de mortalidad y representa un riesgo de 22 veces mayor para enfermedad cardiovascular. Este impacto se verá más en los países en desarrollo, se espera que para el 2025 ocurra un aumento mayor del 80% en el número de casos de diabetes para América Latina (19-36).

La eficacia de un estricto control glucémico puede reflejarse en una remisión parcial de la hiperfiltración e hipertrofia glomerular iniciales, y puede traducirse en un retraso en la aparición de albuminuria (27).

- **Dislipidemia**

La dislipidemia en la ERC se caracteriza, por un aumento de los triglicéridos plasmáticos, baja concentración plasmática de HDL, niveles normales o ligeramente elevados de LDL, (colesterol total: 3,87 – 6,5 mmol/L, LDL-C: 3,8-4,9 mmol/L, triglicéridos: 0,34 a 1,70 mmol/L), incrementan el riesgo cardiovascular y de progresión de ERC (28).

- **Obesidad**

La progresión de la Enfermedad Renal Crónica aumenta si es que los pacientes presentan: sobrepeso (si los valores del índice de masa corporal (IMC) se encontraban entre 25 y 29,9 kg /m²), obesidad moderada (si el IMC estaba entre 30,9 – 39,9 kg /m²) y severa (mayor que 40 kg /m²) (28).

- **AINES**

Los antiinflamatorios no esteroideos representan uno de los medicamentos más vendidos a nivel mundial, debido a su elevado consumo y su fácil accesibilidad, lo que a su vez origina un problema importante de salud (29).

Son los medicamentos más utilizados en el área médica, debido a sus propiedades analgésicas, antitérmicas y antiinflamatorias, pero sobre todo por su fácil adherencia terapéutica (29).



Un estudio realizado en España muestra una prevalencia del 28% de consumo de antiinflamatorios no esteroideos en la población general, el 38% en pacientes del sexo masculino mayores de 65 años y 48% en pacientes del sexo femenino de la misma edad (23, 24). Los AINE´s se encuentran dentro de los fármacos mayormente prescritos a nivel mundial, en Estados Unidos se estima 100 millones de prescripciones de AINES al año (30).

Entre los principales AINES que ocasionan complicaciones tenemos en orden de frecuencia:

- Naproxeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Etoricoxib y celecoxib implicados principalmente en las alteraciones gastrointestinales
- Diclofenaco, Etoricoxib, Celecoxib; Ibuprofeno y Naproxeno, implicados en el daño cardiovascular.
- Teniendo a la Indometacina como el principal AINE causante del daño renal (30).

Las complicaciones gastrointestinales, cardiovasculares y renales, producidas por un consumo excesivo y prolongado de AINES, son bien conocidas, sin embargo, los efectos nefrotóxicos de los antiinflamatorios no esteroideos suelen ser infravalorados (31).

- **Nefropatías Hereditarias**

Enfermedad renal que se transmite por herencia autosómica dominante o recesiva, o ligada al cromosoma X. Puede afectar al glomérulo (síndrome de Alport, el hematuria benigna familiar, la enfermedad de Fabry, el síndrome uña-rótula, el síndrome nefrótico congénito, etc.) o al túbulo o tubulopatías (poliquistosis renal, nefronoptosis, síndrome de Fanconi, glucosuria renal, cistinosis, acidosis tubular renal, etc.) (40).

Conforme progresan, se afectan el resto de las estructuras como glomérulos, túbulos, intersticio y vasos del riñón. Algunas evolucionan a una insuficiencia renal terminal (p. ej., el síndrome de Alport y la poliquistosis renal del adulto) (39).



La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad monogénica multisistémica, que se caracteriza predominantemente por la presencia de múltiples quistes renales bilaterales, así como por manifestaciones extrarrenales (quistes en otros órganos, anomalías vasculares, cardíacas, digestivas y musculoesqueléticas), que se desarrollan en grado variable. (32)

La PQRAD se hereda de forma autosómica dominante con penetrancia completa, por lo que cada hijo de un padre afectado tiene un 50% de probabilidades de heredar el gen mutado. Es una enfermedad genéticamente heterogénea, en la que existen 2 genes identificados: PKD1 (en el cromosoma 16p13.3; 85% de los casos) y PKD2 (en el cromosoma 4q21-23; 15% de los casos). (31-38)



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- 2.1.1. Enfermedad Renal Crónica:** es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, en un periodo de 3 meses (1).
- 2.1.2. Hipertensión arterial:** trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta >140/90 (2).
- 2.1.3. Diabetes mellitus tipo 2:** es un trastorno crónico de origen metabólico, causado por presentar hiperglucemia (2)
- 2.1.4. Dislipidemia:** se define como el aumento de la concentración plasmática de lípidos y colesterol en la sangre (15).
- 2.1.5. Nefropatías Hereditarias:** daño de la función renal por causas hereditarias (15).
- 2.1.6. Obesidad:** trastorno metabólico que es causado por el incremento del IMC >30mg/kg peso y aumento del perímetro abdominal, con abundante tejido adiposo (12)
- 2.1.7. Antinflamatorios no esteroideos:** es un grupo de fármacos usado como analgésico, antipirético y antinflamatorio, los más utilizados son el ibuprofeno, el ácido acetilsalicílico, diclofenaco, entre otros (20).
- 2.1.8. Tasa de Filtrado Glomerular:** es la medición del volumen de fluido que se filtra por una unidad de tiempo desde los capilares glomerulares hacia la capsula de Bowman, medido en (ml/min) (2).

2.4. HIPÓTESIS

La prevalencia en nuestro medio es del 10,6% tanto en hombres como en mujeres, y vamos a tener que los factores asociados que desencadena más comúnmente la ERC son la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2 en un 65% en la ciudad de Cuenca, el resto en menor proporción.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período Enero- diciembre del año 2017.

3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de casos de Enfermedad Renal Crónica.
2. Describir las características generales de la población: según variables sociodemográficas (edad, sexo, residencia habitual, etnia, nivel de instrucción).
3. Identificar a los factores asociados de la Enfermedad Renal Crónica tales como: Sexo, Edad, Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, nefropatías hereditarias, Obesidad, consumo de AINEs y luego analizar su asociación.
4. Establecer qué grado de Enfermedad Renal Crónica es el más común.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. Tipo de estudio

Es un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas.

4.1.2. Área de investigación

El presente estudio se llevará a cabo en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.3. Universo de estudio

El universo de estudio está constituido por todos los pacientes adultos atendidos en el área de hospitalización de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2017.

4.1.4. Selección y tamaño de la muestra

Se obtuvo la base de datos de 1526 pacientes ingresados en el área de clínica de hospitalización del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2017, de donde, se excluyó que 76 pacientes tenían diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (Grupo Casos), por tal, al ser un estudio de casos y controles, se seleccionó de forma aleatoria 76 pacientes sin la patología (Grupo Control), por lo qué, se revisó 152 historias clínicas para el presente estudio.

4.1.5. Población, muestreo y muestra

4.1.5.1. Población

La población la constituyeron todos los pacientes adultos atendidos en el área de hospitalización de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2017. Obteniendo así una población de 1526 pacientes.



4.1.5.2. Muestra

Se tomaron 76 historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión (Grupo Problema) y otras 76 historias clínicas que conformaron el grupo Control (sin padecimiento de la patología), para totalizar las 152 historias clínicas.

4.1.5.3. Muestreo

En la asignación de los pacientes al estudio, para el grupo de casos, no se utilizó muestreo por trabajar con la totalidad de la población, en cambio, en el grupo de controles se utilizó un muestreo simple aleatorio, cuyo número asignado sea escogido al azar utilizando el programa Epidat 3.1, para completar las 76 historias clínicas.

4.1.6. Unidad de análisis y de observación

Historias clínicas de los pacientes atendidos en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2017.

4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo analítico, retrospectivo de casos y controles encaminado a recolectar datos sobre la prevalencia y factores asociados a la Enfermedad Renal Crónica.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1. Criterios de inclusión

- **Grupo de Casos:**

- Pacientes que acudieron al área de hospitalización de clínica con enfermedad renal crónica, previo a revisión de base de datos.
- Historias clínicas con datos suficientes para alcanzar los objetivos de estudio



▪ **Grupo de Controles:**

- Pacientes que fueron hospitalizados en el área de clínica durante el año 2017, que cumplan con las características del estudio.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o no legibles.
- Enfermedades Congénitas que causen Enfermedad Renal Crónica

4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.4.1. Métodos de procesamiento de la información

El método utilizado fue la Revisión documental.

4.4.2. Técnica

Se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo enero 2017 a diciembre 2017. Las Historias clínicas se solicitaron de los registros de estadística para la obtención de datos los mismos que se recolectaron en un formulario, elaborado por la autora de este trabajo.

4.4.3. Procesamiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar

Para poder iniciar con la presente investigación se contará con la aprobación del comité de Investigación y el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, la cual tendrá el apoyo de un director y asesor estadístico que guiará la investigación.

Se presentará una copia del proyecto de investigación al Director del Hospital, además se solicitará la autorización por escrito para acceder a la entidad de salud y hacer uso de los datos de las historias clínicas archivadas en el área de estadística. Para la recolectar los datos se utilizará un formulario de recolección de datos.



Formulario de recolección de datos

El formulario constará de una primera sección que son las preguntas sociodemográficas y datos antropométricos, una segunda sección que incluirá las preguntas clínicas, una tercera sección de antecedentes patológicos personales ya seleccionados. Para la evaluación de las variables sociodemográficas, características clínicas y factores asociados se revisarán las historias clínicas y se recopilará la información contenida en las mismas.

4.4.4. Tablas

Las tablas confeccionadas son simples y de doble entrada, que incluyeron las variables analizadas y las relaciones entre la presencia enfermedad crónica y los factores de riesgo.

4.4.5. Medidas estadísticas

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v23.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se emplearon variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

Para medir la relación entre los factores de riesgo con la presencia o no de prolapso, se utilizó el Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%, el estadígrafo Chi cuadrado (χ^2), para la relación entre variables dicotómicas, y tau C de Kendall para las que incluyen variables policotómicas. Se consideró estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

El OR solo es aplicable en variables dicotómicas. El resultado del OR se interpreta de la siguiente forma:

- Mayor a la unidad se interpreta como que hay riesgo
- Menor a la unidad se interpreta como factor protector.
- Igual a la unidad no hay riesgo.



4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Se respetaron los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos; además se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

- **Riesgo:** El presente estudio de acuerdo a las características y variables analizadas no implicó ningún riesgo para las pacientes seleccionadas en la muestra, la revisión de las historias clínicas y aplicación de formularios para recolección de datos no son dañinos para el individuo, ya que únicamente se tomó la información necesaria para cumplir los objetivos del estudio y no se aplicaron pruebas o exámenes que pudieran causar daño a las participantes del mismo.
- **Privacidad:** la información fue guardada con absoluta confidencialidad, esto se traduce en que no se publicaron los datos personales tales como nombre u otros datos sociodemográficos de las pacientes que participaron en el estudio, para ello se utilizó una codificación especial, para poder referirse a la fuente privada.
- **Autonomía:** El Director de la Unidad de Salud, dio el consentimiento para poder realizar el estudio, sin ninguna presión, aceptando de manera voluntaria conceder el acceso a la documentación pertinente, para lo cual se entregó un oficio, el mismo fue firmado sin ninguna obligación, sino voluntariamente.

4.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- **Variables Independientes:** Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad, Dislipidemia, Consumo de Aines, Antecedentes Familiares (Nefropatías Hereditarias).
- **Variables Dependientes:** Enfermedad Renal Crónica.
- **Variables Intervinientes:** Edad, sexo, estado civil, etnia, residencia, nivel de instrucción.



4.6.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
1. EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	1. > 30 años 2. 30 – 65 años 3. > 65 años	Ordinal
2. SEXO	Caracteres sexuales externos que identifican a una persona como hombre o mujer	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino	Nominal Dicotómica
3. ESTADO CIVIL	Condición legal de un individuo en relación a otra persona y reconocida por la ley.	Condición conyugal en cédula	1. Soltera 2. Unión Libre 3. Casada 4. Divorciada 5. Viuda	Nominal Policotómica
4. ETNIA	Personas que genéticamente comparten características físicas semejantes	Grupo étnico	1. Blanca 2. Mestiza 3. Afroamericana 4. Indígena 5. Otro	Nominal Policotómica
5. RESIDENCIA	Lugar donde reside la persona actualmente	Lugar donde vive	1. Urbana 2. Rural	Nominal Dicotómica
6. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Estudios realizados	1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Superior 6. Ninguno	Ordinal



7. ANTECEDENTES PERSONALES	Diabetes Mellitus	Enfermedad que se caracteriza por elevación anormal de los niveles de glucosa en la sangre.	Prueba de glucosa central en ayunas.	1. Si 2. No	Nominal Dicotómica
	Hipertensión arterial	Enfermedad que produce un aumento de la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias de una manera sostenida.	Toma de la presión arterial	1. Si 2. No	Nominal Dicotómica
	Dislipidemia	Elevación anormal de concentración de grasas en la sangre	Función Lipídica elevada que comprende colesterol total, LDH, HDL, triglicéridos	1. Si 2. No	Nominal Dicotómica
8. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (APF)	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Antecedente de NEFROPATÍAS HEREDITARIAS	1. Si 2. No	Nominal Dicotómica	
9. OBESIDAD	Es una patología producida por excesiva acumulación de tejido adiposo en el cuerpo. o	>30de IMC en pacientes menores de 65 años. > 32 de IMC en pacientes mayores de 65 años.	1. SI 2. NO	Ordinal	
10. AINEs	Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos AINE'S son un grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre.	Con que frecuencia consume.	1. Nunca 2. Ocasionalmente 3. Siempre	Ordinal	



1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	Pérdida de función de los riñones que progresa con el tiempo.	Valorar el estadio calculando el filtrado glomerular. (Según las recomendaciones de KDIGO).	1. Si padece	1. Grado 1 2. Grado 2 3. Grado 3a 4. Grado 3b 5. Grado 4 6. Grado 5	Ordinal
			2. Grupo Control		



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de la información contenida en 152 historias clínicas de pacientes atendidos en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2017 a diciembre 2017. Los formularios se llenaron con esta información para proceder a la realización del estudio.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se estudiaron las historias clínicas de 1526 pacientes atendidos en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2017 a diciembre 2017, donde se excluyó 76 casos y 76 controles, de varios grupos etarios, estado civil, etnias, regiones de residencia y variabilidad de nivel de instrucción; se obtuvieron además antecedentes patológicos personales y familiares de los pacientes.



5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	RANGO	N° TOTAL	CASOS	CONTROLES	% TOTAL
RESIDENCIA	Urbana	72	38	34	47,4
	Rural	80	38	42	52,6
ESTADO CIVIL	Soltero	6	4	2	3,9
	Unión Libre	39	20	19	25,7
	Casado/a	68	32	36	44,7
	Divorciado/a	11	6	5	7,2
	Viuda	28	14	14	18,4
ETNIA	Mestiza	139	68	71	91,4
	Afroamericana	8	8	0	5,3
	Indígena	5	0	5	3,3
INSTRUCCIÓN	Primaria Completa	36	19	17	23,7
	Primaria Incompleta	59	29	30	38,8
	Secundaria Completa	24	11	13	15,8
	Secundaria Incompleta	5	4	1	3,3
	Superior	9	3	6	5,9
	Ninguno	19	10	9	12,5
	TOTALES		152	76	76

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

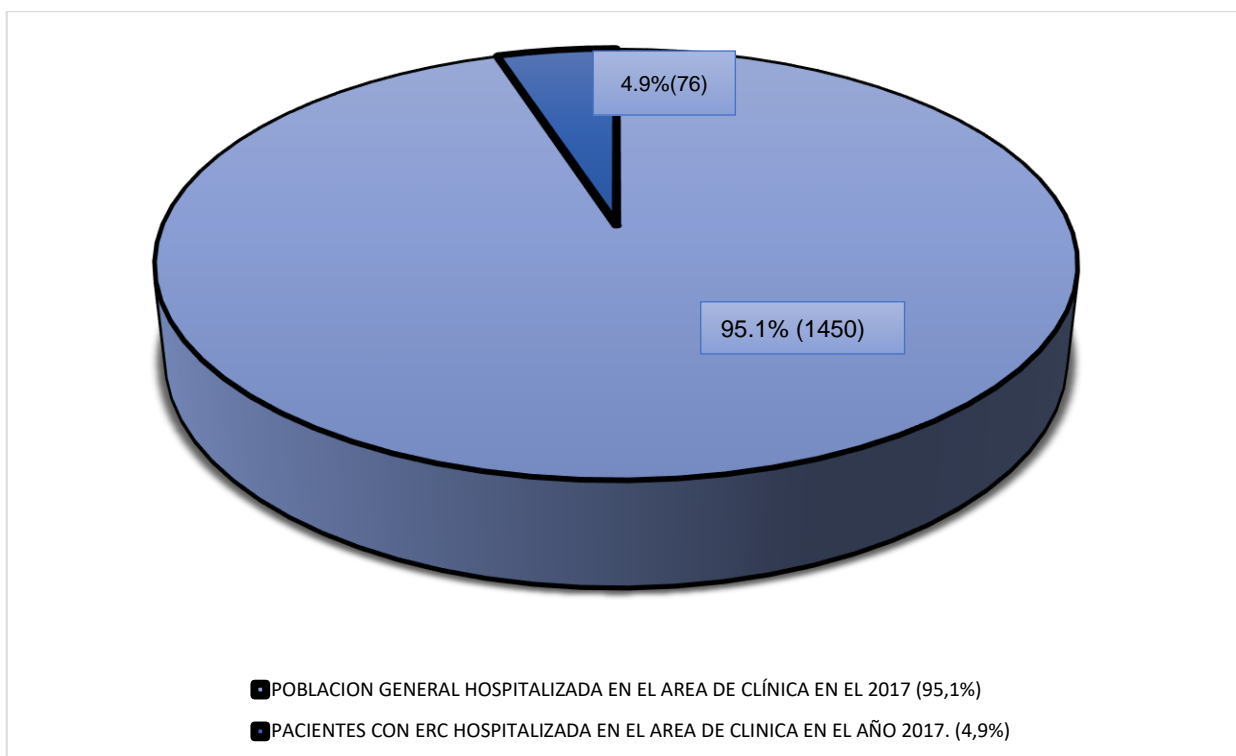
INTERPRETACIÓN:

En la población estudiada, se observó que la mayoría de los pacientes residen en zonas rurales (52,6%), y el 44,7% estaban casados, la etnia mestiza fue la más frecuente y la instrucción primaria incompleta la más prevalente (38,8%).



GRAFICO N° 1

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA



Fuente: Base de Datos del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2017.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

INTERPRETACIÓN:

Se determinó que la población general en el área de hospitalización de clínica en el año establecido fue de 1526, de los cuales padecían de Enfermedad Renal Crónica 76 pacientes, dándonos como resultado una prevalencia del 4,9%, por lo que se realizó un estudio de casos y controles, obteniendo datos de las historias clínicas de 152 pacientes.



TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES

ENFERMEDAD RENAL CRONICA	
CASOS	76
CONTROLES	76
TOTAL	152

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

INTERPRETACIÓN:

Como la presente investigación se basa en un estudio de casos y controles se escogió los 76 pacientes con Enfermedad Renal Crónica (Grupo de Casos) y 76 pacientes que no padecen dicha patología (Grupo de Controles).



TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LOS FACTORES ASOCIADOS

FACTORES ASOCIADOS		N° TOTAL	CASOS	CONTROLES	% TOTAL
EDAD (años)	>65 años	77	53	24	50,7
	30 – 65 años	61	21	40	40,1
	< 30 años	14	2	12	9,2
SEXO	Masculino	69	27	42	45,4
	Femenino	83	49	34	54,6
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	74	50	24	48,7
	NO	78	26	52	51,3
DIABETES MELLITUS TIPO 2	SI	71	53	18	46,7
	NO	81	23	58	53,3
DISLIPIDEMIA	SI	63	36	27	41,4
	NO	89	40	49	58,6
APF (NEFROPATIAS HEREDITARIAS)	SI	2	2	0	1,3
	NO	150	74	76	98,7
OBESIDAD	SI	30	20	10	19,7
	NO	122	56	66	80,3
CONSUMO DE AINE'S	NUNCA	45	20	25	29,6
	OCASIONALMENTE	89	45	44	58,6
	SIEMPRE	18	11	7	11,8
TOTALES		152	76	76	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera



INTERPRETACIÓN:

En la población estudiada, se observó que la mayoría de los pacientes fueron mayores de 65 años siendo el 50,7% de la muestra, con predominio del sexo femenino (54,6%),

El antecedente más frecuente en los pacientes estudiados fue la hipertensión arterial en un 48,7%, seguida de la diabetes mellitus (46,7%), dislipidemia (41,4%) y nefropatías hereditarias (1,3%), obesidad (19,7%) y consumían AINEs ocasionalmente (58,6%).

TABLA N° 4

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LA EDAD DE LOS PACIENTES.

EDAD	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA			ODDS RATIO
	CASOS SI	CONTROLES NO	TOTAL	IC 95%
< 30 AÑOS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	2(14,3)	12 (85,7)	14 (100)	OR= --
NO	74 (53,6)	64 (46,4)	138 (100)	p= 0,005
30 – 65 AÑOS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	21 (34,4)	40 (65,6)	61 (100)	OR= 0,344 (IC 95%: 0,175-0,675)
NO	55(60,4)	36 (39,6)	91 (100)	p= 0,002
> 65 AÑOS	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	53 (68,8)	24 (31,2)	77 (100)	OR= 4,993 (IC 95%: 2,509-9,935)
NO	23 (30,7)	52 (69,3)	75 (100)	p= 0,000
TOTALES	76 (50,0)	76 (50,0)	152(100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera



INTERPRETACIÓN:

En los datos se evidencia que la edad incrementa la frecuencia de Enfermedad Renal Crónica, por lo que, pacientes mayores de 65 años presentaron el 77% con relación con los de menos grupo etario, siendo una relación estadísticamente significativa con valor $p=0,000$.

En la tabla se observa que los pacientes mayores de 65 años tienen 4,99 veces más riesgo de presentar ERC, comparado con los menores de 65 años. El grupo de 30 – 65 años representa un 61%, representando como un factor protector con un $OR= 0,344$. Los dos grupos tienen un valor estadísticamente significativo.

TABLA N° 5

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y EL SEXO DE LOS PACIENTES.

SEXO	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA			ESTADÍGRAFO
	CASOS SI	CONTROLES NO	TOTAL	ODDS RATIO
	N (%)	N (%)	N (%)	
MASCULINO	27 (39,1)	42 (60,9)	69(100)	OR= 0,446 (IC 95%:0,232-0,856) <i>p=0,015</i>
FEMENINO	49 (59,0)	34 (41,0)	83 (100)	
TOTALES	76 (50,0)	76 (50,0)	152 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la asociación de la Enfermedad renal crónica al sexo, predomina el femenino en un 59.0%; sin representar un factor de riesgo ($OR=0,446$).



TABLA N° 6

**RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA y
LOS FACTORES ASOCIADOS**

FACTORES ASOCIADOS	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA			Método estadístico
	CASOS SI	CONTROLES NO	TOTAL	
HIPERTENSION ARTERIAL				
SI	50 (67,6%)	24 (32,4)	74(100)	OR= 4,167 (IC 95%:2,117-8,201) p= 0,000
NO	26(33,3)	52 (66,7)	78 (100)	
DIABETES				
SI	53 (74,6)	18(25,4)	71 (100)	OR= 7,425 (IC 95%: 3,612-15,262) p= 0,000
NO	23 (28,4)	58(71,6)	81(100)	
DISLIPIDEMIA				
SI	36 (57,1)	27 (42,9)	63 (100)	OR= 1,633 (IC 95%: 0,852-3,131) p= 0,138
NO	40 (44,9)	49 (55,1)	89(100)	
APF (NEFROPATIAS HEREDITARIAS)				
SI	2 (100)	0 (0)	2 (100)	OR= --- p= 0,155
NO	74 (49,3)	76(50,7)	150 (100)	
OBESIDAD				
SI	20 (66,7)	10 (33,3)	30 (100)	OR= 2,357 (IC 95%: 1,019-5,452) p= 0,042
NO	56 (45,9)	86 (54,1)	122 (100)	
TOTALES	76 (50)	76 (50)	152 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera



INTERPRETACIÓN:

La diabetes mellitus tipo 2 resultó el factor asociado más común de la Enfermedad Renal Crónica con un 74.6%, estimándose un riesgo de 7 veces mayor (OR=7,425 (IC 95%: 3,612-15,262)).

Con relación a los pacientes con Hipertensión arterial (67.6%) representan 4 veces mayor riesgo para padecer la patología (OR= 4,167 (IC 95%:2,117-8,201)), las dos patologías descritas con un valor $p=000$ siendo el segundo factor asociado más común.

En cambio la dislipidemia y las nefropatías hereditarias resultaron ser menos comunes, siendo factores de riesgo, pero con un valor estadístico menos predominante, en la primera (OR= 1,633 (IC 95%: 0,852-3,131)), las dos carecen de significancia estadística con un valor $p > 0,05$.

La obesidad representó el 66,7% los pacientes presentaron 2.3 veces mayor riesgo, teniendo tiene relación estadísticamente significativa ($p=<0,05$).



TABLA N° 7

**RELACION ENTRE EL CONSUMO DE AINE'S Y LA ENFERMEDAD RENAL
CRONICA**

AINES	ENFERMEDAD RENAL CRONICA			ODDS RATIO
	CASOS SI	CONTROLES NO	TOTAL	IC 95%
NUNCA	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	20 (44,4)	25 (55,6)	45 (100)	OR= 0,729 (IC 95%: 0,362-1,467) p= 0,374
NO	56 (52,3)	51 (47,7)	107 (100)	
OCASIONALMENTE	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	45 (50,6)	44 (49,4)	89 (100)	OR= 1,056 (IC 95%: 0,554-2,013) p= 0,869
NO	31 (49,2)	32 (50,8)	63 (100)	
SIEMPRE	N (%)	N (%)	N (%)	
SI	11 (61,1)	7 (38,9)	18 (100)	OR= 1,668 (IC 95%: 0,610-4,563) p= 0,315
NO	65 (48,5)	69 (51,5)	134 (100)	
TOTALES	76 (50,0)	76 (50,0)	152 (100)	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

INTERPRETACIÓN:

En relación a los AINEs, resultó que, el nunca consumir es un factor protector, en cambio, el consumo ocasionalmente es un factor de riesgo con un OR= 1,056 y el consumir siempre también (OR= 1,668 (IC 95%: 0,610-4,563), sin llegar a ser, estadísticamente significativos con un valor $p > 0,05$.



TABLA N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ESTADIO DE ENFERMEDAD
RENAL CRONICA**

ENFERMEDAD RENAL CRONICA	N	%	
1	0	0	
2	2	1,3	
3A	12	7,9	
GRADOS DE ERC	3B	14	9,2
4	19	18,4	
5	29	30,9	
CONTROLES	76	50,0	
TOTALES	152	100	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la presente tabla que el estadio de Enfermedad renal crónica más común es el grado 5 (30,9%), seguido del grado 4 y 3b, y con menor frecuencia de los casos estudiados en grado 3a (7,9%), grado 2 (1,3%) y representando 0 casos en el grado 1.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La Enfermedad Renal Crónica es un problema común en el área de Medicina Interna, es así que, el 10% de hombres y mujeres a nivel mundial la padecen. Es una entidad clínica que actualmente los pacientes terminan en diálisis peritoneal hasta alrededor de 12% en América Latina y en algunos países supera hasta el 30%. (3).

La investigación realizada, trata de un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles; que analizo 152 historias clínicas de pacientes adultos atendidos en el área de hospitalización de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, se tomó datos de 76 pacientes con ERC; es decir, Grupo problema y 76 historias clínicas de pacientes sin la patología (Grupo de Control), con el total de la muestra se logró determinar la prevalencia y relacionar los factores asociados con la patología del estudio.

En cuanto a la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en el presente estudio represento el 4.9%, este resultado es, debido a que, los pacientes con la patología en su mayoría ingresan por otro tipo de complicación, y son referidos a centros de Salud de atención primaria para tratar la ERC, es por eso que, al ser un hospital público de alta demanda, existe una prevalencia menor de hospitalización con diagnóstico de ERC. En el estudio de Guillen. K, y Fernández de Córdova. J, titulado: "Prevalencia y factores asociados de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes adultos del Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca, en 2014", la prevalencia fue del 10,6% (17), en el 2015, Mills. K, y Zhang. X, describieron la prevalencia mundial según el sexo, representando el 8.4% en varones y 9,8% en mujeres, también analizaron que los países de ingresos económicos altos representaban el 7% de la prevalencia, mientras que, en los países de ingresos medios o bajos la prevalencia era del 11,5%. En China la prevalencia de ERC fue del 10,8% (33).



Guillen. K, en el 2014, en Cuenca, compara la variable residencia que, los pacientes con la patología se encuentran el 60% en la zona urbana y el 40% en la zona rural, siendo lo contrario en la investigación realizada, donde la zona rural representa el 52,6% y en la zona urbana 47,4% (7).

Dentro del estudio, se estableció que se incrementa la prevalencia conforme la edad aumenta, es así que, que el 68,8% de los pacientes mayores de 65 años presentaban Enfermedad Renal Crónica, además todos los pacientes presentaban como mínimo un factor asociado, Portilla en su estudio realizado en España, en el 2016, identifica que la edad >65 años tienen mayor riesgo a padecer ERC en estadios avanzados que los adultos menores, teniendo una prevalencia de 10,7% los adultos >65 años, y 25% los adultos mayores a 85 años (8). Mora. J, Slon. M, en 2017 en España, demostraron que la frecuencia de ERC incrementa en pacientes mayores de 65 años representando el 76%, siendo el estadio más frecuente el 3b, y pacientes de 45-64 años el 20% y 4 % en pacientes de 18-44años (10), en Cuba, en 2018, Gutiérrez. M, reporto que el 90,3% pacientes >60 padecían la patología en un alto grado (34); obteniéndose los resultados similares a los que se obtuvieron en este estudio donde predominaba la edad > 65 años siendo un factor de riesgo, seguido del grupo etario de 30 -65 años (34,4%), éste no considerándose factor de riesgo.

El sexo que predomina en el estudio realizado, es el femenino con 59.0%, en comparación con un estudio similar realizado por González. A, en Barcelona-España, en 2018, las mujeres representan el 71% (41), de igual manera Guzmán. K, y Guillen. J, en su estudio con 500 pacientes, demostraron que la patología afecta en un 62.2% a mujeres, en comparación a los hombres en un 37.8%; sin embargo ambos sexos tuvieron una prevalencia de 10.6% hombres (IC 95% 6.2-15), mujeres (IC 95% 7.3-14.0) (17). Por lo contrario Gorostidi. M, y Sánchez. M, en España 2018, estableció que la ERC es más frecuente en varones que en mujeres (32).

En cuanto, a la relación de los factores asociados con la ERC, la más común



resultó la Diabetes 74,6%, seguida de la Hipertensión Arterial 67,6%. Guillen. K, y Fernández de Córdova. J, en el 2014 en su estudio con 500 pacientes, en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca, identificaron la hipertensión arterial 84,9% con un OR= 2.21 (IC:1.25-3.90) valor $p=0.006$, la diabetes mellitus tipo 2 con un OR= 2.70 y con un valor $p=0.000$, siendo más elevado como factor de riesgo la DM2 (17), al igual que en la investigación realizada, donde, la diabetes tiene 7 veces más riesgo, que la hipertensión, representando 4 veces más riesgo, las dos con significancia estadística de valor $p=0,000$. En cambio, en otro estudio en Madrid en pacientes Diabéticos e hipertensos, descrito los autores Alemán. V, Gómez. I, donde, el factor asociado más común resultó ser la hipertensión arterial representando el 24,6% (IC 95%: 23,57-25,66) seguido de los diabéticos con 16,9% (IC 95%: 15,91-17,95) las dos enfermedades con una prevalencia de 31,22% (IC 95%: 30,39-32,04) (36).

En el estudio realizado por los autores mencionados anteriormente, describieron que, la obesidad representado un OR= 0.58, nefropatías hereditarias con un OR= 1.78, teniendo los dos un valor $p=>0,05$, comparando con nuestro estudio la obesidad (66,7%) representando 2,3 veces más riesgo que las nefropatías hereditarias (2 casos) con un OR que carece de significancia, siendo la primera significativamente estadística y la segunda con un valor $p= 0,15$ (17).

La obesidad, según González A, y De Francisco A, determinaron que la prevalencia es del 26,1%, con OR= 3,5 (IC= 2,0-6,0), considerándose un valor estadísticamente significativo, $p= 0,006$ (41), en cambio en el estudio que se realizó represento el 66,7% de pacientes con ERC, OR= 2,357 (IC 95%: 1,019-5,452) y valor $p= 0,042$.

Por otro lado, la dislipidemia es considerada con un factor asociado, con elevado riesgo cardiovascular, en especial en pacientes con falta de adherencia al tratamiento (26), por lo que, Correa. T, Concentino. B, en un estudio titulado "Comportamiento del perfil lipídico en pacientes con enfermedad renal crónica en Maracay-Venezuela 2014", se obtuvo que el 71% de pacientes estudiados presentaban dislipidemia, evidenciándose que es un factor de progresión para la



ERC con un OR= 3.01 (IC: 0.89-6.90) y valor $p=0,6$ (40), comparando con la presente investigación, resultó un OR=1,6 (IC 95%: 0,852-3,131), sin significancia estadística $p= 0,138$.

Según, la presente investigación, el 50,6% de pacientes con ERC consumen de forma ocasional Aine´s, siguiendo del otro grupo que consume de manera permanente, sin embargo, en un estudio realizado por. De Pablo L, De Abechuco I, y, Gálvez M, en Madrid, año 2014, evidencian que aproximadamente el 46% consume ocasionalmente Aine´s, siendo el ibuprofeno el más común, y el resto consume de forma permanente principalmente por dolores musculoesqueléticos siendo un factor de progresión sin significancia estadística con un valor $p=0.067$ (42). Neira C, Oliva P. en Cuba, año 2014, relaciono el consumo de Aines de los pacientes con ERC, en un 73,3%, de los cuales 1,5% consumen siempre y el 18,2% de manera ocasional dando un valor $p=0,04$ (43).

En el presente estudio se evidencio que el estadio 5 presentaba el 30.9% de pacientes, seguido de 18,4% de estadio 4, 9,2% del estadio 3b, seguido con menos frecuencia el estadio 3A, y estadio 2, sin evidenciarse pacientes con ERC grado 1, a comparación de un estudio realizado en España por Gorostidi. M, y Sanchez. M, en el 2018, que resulto que uno de cada 7 pacientes presento ERC, donde el estadio 3a, fue el as frecuente en la población (32). Así mismo, Gamez. A, y Montell. O, en Matanzas-Chile 2014 reportaron que los pacientes estudiados presentaba la ERC G1: el 0%, estadio 2: 7,9%, estadio 3: 66,6%, estadio 4: 20,6%, estadio 5:4,7% (44), concluyendo que ninguno de los dos estudios es similar con la presente investigación.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

6.1. CONCLUSIONES

Esta investigación se orientó en determinar la prevalencia y a relacionar los factores asociados con la Enfermedad renal crónica, para analizar cuál es un factor de riesgo que incrementa la progresión de la patología.

En el estudio predominó como zona de residencia la rural, casado/as, etnia mestiza y con nivel de instrucción bajo, primaria incompleta en su mayoría. Se determinó que la prevalencia de la patología era del 4,9%.

Los factores asociados que favorecieron a la aparición de la enfermedad renal crónica en la población estudiada fueron, la edad mayor a 65 años, la mayoría eran de sexo femenino, obesidad, comorbilidades como la hipertensión, la diabetes mellitus, siendo las más comunes y prevalentes, seguido de la dislipidemia, obesidad, antecedentes familiares (nefropatías hereditarias), sin embargo, hay que considerar que una influencia multifactorial es altamente probable.

Los estadios de Enfermedad renal crónica más frecuente fue el grado 5, seguido del grado 4, grado 3B y 3A, grado 2, sin existir ningún paciente que presente el estadio 1.



6.2. RECOMENDACIONES

- Promover en casas de salud de atención primaria y en las instituciones hospitalarias la educación a las pacientes, explicando a cada uno de los pacientes de manera detallada, de que se trata la patología, los factores de riesgo asociados, sobre todos los prevenibles (sobrepeso, obesidad, y la falta de adherencia al tratamiento de las comorbilidades) y las complicaciones sobre esta problemática.
- Sensibilizar a los usuarios que acuden a una casa de salud, sobre todo a jóvenes y adultos jóvenes, la importancia de tener controles médicos de manera regular para evitar las comorbilidades.
- Se recomienda, dar a conocer a todo el personal de salud, en especial al primer nivel de atención, sobre estudios actuales, acerca la de influencia de los factores de riesgo en la vida cotidiana para los pacientes, para qué, luego puedan realizar seguimiento personalizado, en especial a los grupos más vulnerables.
- Efectuar de manera oportuna y cada año investigaciones similares, en casas de salud, para tener información actualizada para el personal de salud, y para promover a las comunidades, en especial las zonas rurales a concientizar sobre la patología.



6.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boffa J-J, Cartery C. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. EMC - Tratado Med. 1 de septiembre de 2015;19(3):1-8.
2. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. Gac Sanit. 1 de marzo de 2016;30(2):154-7.
3. Mitchell C. OPS/OMS | La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
4. Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 3 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programas-y-servicios/>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC. Estadísticas para la salud 2010. [citado el 8 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
6. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Nefrología. 1 de mayo de 2016;36(3):275-82.
7. Hernández Sánchez S, Carrero JJ, García López D, Herrero Alonso JA, Menéndez Alegre H, Ruiz JR. Forma física y calidad de vida en pacientes trasplantados de riñón: estudio de casos y controles. Med Clínica. 15 de abril de 2016;146(8):335-8.
8. Portilla Franco ME, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. Nefrología. 1 de noviembre de 2016;36(6):609-15.



9. Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Basabe-Barañano N, Fernández-Prado E, Baños-Baños C, Nogales-Rodríguez MA, Echavarrri-Escribano M, et al. Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enferm Clínica*. 1 de marzo de 2009;19(2):61-8
10. Mora-Gutiérrez JM, Slon Roblero MF, Castaño Bilbao I, Izquierdo Bautista D, Arteaga Coloma J, Martínez Velilla N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de mayo de 2017;52(3):152-8.
11. Verdalles Ú, Goicoechea M, Garcia de Vinuesa S, Quiroga B, Galan I, Verde E, et al. Prevalencia y características de los pacientes con hipertensión arterial resistente y enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 1 de septiembre de 2016;36(5):523-9.
12. Salvador González B, Rodríguez Pascual M, Ruipérez Guijarro L, Ferré González A, Cunillera Puertolas O, Rodríguez Latre LM. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria*. 1 de abril de 2015;47(4):236-45.
13. Quiroga B, Rodríguez-Palomares JR, de Arriba G. Insuficiencia renal crónica. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 1 de junio de 2015;11(81):4860-7.
14. Rodríguez J, Amabar G. Insuficiencia Renal Crónica. *Medicine-Seccion de Nefrología en Hospital de Guadalajara*. Junio 2015;11(81): 4860-7.
15. Rodríguez-Palomares JR, García FL, Cañamas MT, de Arriba G. Fracaso renal agudo. Concepto, definición, epidemiología, etiopatogenia y clasificación, manifestaciones clínicas, complicaciones y diagnóstico diferencial. *Med-Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2015;11(81):4842–4851.
16. Valenzuela-Rodríguez G, Herrera-Añazco P, Hernández AV. Producción científica de los decanos de las facultades de medicina en Perú. *Salud Pública México*. 2015;57(5):364–365.



17. Guillen k, Fernández de Córdoba J, Mora J. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 2014;77(3):108-113.
18. Hartoleno M, Toscano A, Monserrate E. Abordaje del paciente con Insuficiencia Renal Crónica. *Formación Médica Continuada en Atención PRIMARIA*. Barcelona España. Septiembre 2019. 26(1): 1-26.
19. Méndez-Durán A, Pérez-Aguilar G, Ayala-Ayala F, Ruiz-Rosas RA, González-Izquierdo J de J, Dávila-Torres J. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención. *Diálisis Traspl*. 1 de octubre de 2014;35(4):148-56
20. Seller-Pérez G, Más-Font S, Pérez-Calvo C, Villa-Díaz P, Celaya-López M, Herrera-Gutiérrez ME. Acute kidney injury: Renal disease in the ICU. *Med Intensiva*. agosto de 2016;40(6):374-82.
21. Martínez A, Gómez L, Seguro J, Bover J, Documento de Consenso para la detección y manejo de la Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. *Revista medica de España*. Junio 2014;31(4):143-161.
22. Sánchez L, Mor A. ERC en pacientes hipertensos y con diabetes mellitus. *Rev Col*. 2014;27(1):25–30.
23. Tabares VZ, Rodríguez JR, Jiménez E. Clasificación de la Enfermedad renal crónica según estadios. *Panor Cuba Salud*. 2014;8(2):41–48.
24. Pacheco M, Mendoza Z,. Enfermedad Renal Crónica y DM2. *Rev Nefrología*. Julio de 2014;12(4):102-109
25. Millán Núñez-Cortés J. Insuficiencia renal crónica.. *Clínica E Investig En Arterioscler*. 1 de noviembre de 2012;24(6):297.
26. Pascual V, Serrano A, Pedro-Botet J, Ascaso J, Barrios V, Millán J, et al. Enfermedad renal crónica y dislipidemia en pacientes obesos. *Clínica E Investig En Arterioscler*. enero de 2017;29(1):22-35.
27. Perezasa V, Sirebano A. Enfermedad Renal Crónica en pacientes con dislipidemia. *Clínica e Investigación de Arterioesclerosis*. Febrero 2017;29(1):22-59.



28. Narváez ÁV, Ruano C, Ávila MP, Latorre S, Delgadillo J, Manosalva G, et al. Analgesics in hospitalized patients: Topic review. *Rev Colomb Cienc Quím-Farm.* 2015;44(1):107–127.
29. Osorio A, Otero RW, Gómez ZM. Utilización de AINES y uso de IBP profilácticos en pacientes de medicina interna. *Rev Col Gastroenterol.* 2014;29(2):125–30.
30. Sostres C, Lanás Á. Prescripción apropiada, adherencia y seguridad de los antiinflamatorios no esteroideos. *Med Clínica.* marzo de 2016;146(6):267-72.
31. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI, Ibor Vidal PJ, Alonso Verdugo A. Antiinflamatorios no esteroideos e infertilidad. *SEMERGEN - Med Fam.* enero de 2017;43(1):72-3.
32. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología.* 1 de noviembre de 2018;38(6):606-15.
33. K.T. Mills, Y. Xu, W. Zhang, J.D. Bundy, C.S. Chen, T.N. Kelly, et al. A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2015 *Kidney Int.*, 88 (2015), pp. 950-957
34. Gutiérrez Rufín M, Polanco López C. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev Finlay.* marzo de 2018;8(1):1-8.
35. Llisterri Caro JL, Gorriz Teruel JL, Alonso Moreno FJ, Manzanera Escribano MJ, Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, et al. Prevalencia de la enfermedad renal crónica oculta en la población dislipémica asistida en atención primaria. Estudio LIPICAP. *Med Clínica.* 1 de febrero de 2014;130(4):127-32.
36. Aleman V, Gomez I, Reque L, Rosado J. Prevalencia y riesgo de progresión de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos seguidos en atención primaria en la Comunidad de Madrid. *Elseiver.* Mayo del 2017;37(3):343.345.
37. Candela J, Gonzalez J, Garcia F, Miralluelo J. Enfermedad renal crónica en España: prevalencia y factores relacionados en personas con diabetes mellitus mayores de 64 años. *Nefrología.* Agosto del 2018;38(4);401-413.



38. Arroyo D, Quiroga B, Arriba de la Fuente G. Hipertensión arterial en la enfermedad renal crónica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. Junio del 2019;12(81):4772-8.
39. Verdalles U, Goicochea M, Garcia S, Torres E. Progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con hipertensión resistente sometidos a 2 estrategias terapéuticas. *Nefrología*, 23 de Agosto 2019.
40. Correa T, Concentino C, Cuabro P. Comportamiento del perfil lipídico en pacientes con enfermedad renal crónica en estadios 2 a 4. hospital central de maracay, estado Aragua. año 2013. *Redalyc*, 2 de jilio del 2014;11(2):38-.46.
41. Gonzalez A, De Francisco A. Obesidad y funcion renal .datos del estudio epidemiologico: Prevalencia de la enfermedad renal cronica en España. *Estudio EPIRCE*. *Nefrología*, Junio del 2018;30(1):107-8.
42. De Pablo Lopez De Abechuco I, De Pablo-López de Abechuco I, Gálvez Múgica MA, Gálvez-Múgica MÁ, Rodriguez D, Rodríguez D, et al. Uso de antiinflamatorios no esteroideos y monitorización de la función renal. Estudio piloto en un centro de salud de Atención Primaria. *Nefrología*. 1 de noviembre de 2014;32(6):777-81.
43. Neira C, Oliva P. Función renal y factores asociados en el desarrollo de la enfermedad renal crónica en adultos. *Rev. Cubana*. Diciembre 2014;30(4).
44. Gámez Jiménez AM, Montell Hernández OA, Ruano Quintero V, Alfonso de León JA, Hay de la Puente Zoto M. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Rev Médica Electrónica*. agosto de 2014;35(4):306-18.



7. ANEXOS



ANEXO N°1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA FACULTAD DE MEDICINA

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU RELACION CON LOS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2017.

Formulario # 1

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD:

- 1. < 30 años
- 2. 30 – 65 años
- 3. Mayor de 65 años

2. SEXO:

- 3. Masculino
- 4. Femenino

3. ESTADO CIVIL:

- 1. Soltera
- 2. Unión libre
- 3. Casada
- 4. Divorciada
- 5. Viuda

4. ETNIA

- 1. Blanca
- 2. Mestiza
- 3. Afroamericana
- 4. Indígena
- 5. Otro

5. RESIDENCIA

- 1. Urbana
- 2. Rural

6. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- 1. Primaria Completa
- 2. Primaria incompleta
- 3. Secundaria completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Superior
- 6. Ninguno

II. ANTECEDENTES

7. ANTECEDENTES PERSONALES

- | | SI | NO |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Hipertensión arterial | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Diabetes mellitus tipo 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dislipidemia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

8. ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | SI | NO |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Nefropatía Hereditarias | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



III. ESTADO NUTRICIONAL

9. IMC

1. Bajo Peso
2. Normal
3. Sobrepeso
4. Obesidad

IV. HÁBITOS: CONSUMO DE AINES

10. FRECUENCIA DE CONSUMO:

1. Ocasionalmente
2. Siempre

V. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

11. GRADO DE ERC

1. Grado 1
2. Grado 2
3. Grado 3a
4. Grado 3b
5. Grado 4
6. Grado 5
7. No procede



ANEXO N° 2. OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



Ministerio
de Salud Pública



HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 111-UDI-HVCM-2019
Cuenca, 16 de Agosto del 2019

Licenciada
CAREM PRIETO F. MGS.
RESPONSABLE DE TITULACIÓN CARRERA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Presente

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de investigación titulado: "PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017" fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec



ANEXO N° 3. OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 2/8/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia de la enfermedad renal crónica y su relación con los factores asociados en pacientes adultos del hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2017

Trabajo de titulación realizado por Anabelle Carolina Ruiz Herrera

Código: Ru68PreME25



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO N° 4. OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

① 09-08-2019

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 02 de agosto del 2019

Señora Doctora
Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina RUIZ HERRERA ANABELLE CAROLINA con CI: 0105349468, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo, de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como título: "PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU RELACION CON FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL AÑO 2017". La Investigación será dirigida por el Dr. Gabriel Hugo, Especialista en Medicina Interna, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

Recibi Barros
14:38' 2019-VIII-05
RIVEROS GUMAL C.



Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



ANEXO N° 5. INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO

INFORME FINAL TRABAJO DE TITULACIÓN ANABELLE CAROLINA RUIZ HERRERA

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

★ www.scieee.com

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo



ANEXO N° 6. RÚBRICA PRIMER PAR REVISOR



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los factores asociados en pacientes adultos del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el año 2017.

Nombre del estudiante: Anabelle Carolina Ruiz Herrera

Director: Dr. Gabriel Anibal Hugo Meiro

Nombre de par revisor: Dr. Danilo Muñoz

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 /1
Redacción Científica	✓			1 /1
Pensamiento crítico	✓			1 /1
Marco teórico	✓			1 /1
Anexos	✓			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Dr. Danilo Muñoz
MEDICINA INTERNA
L4 "A" F9 No. 30

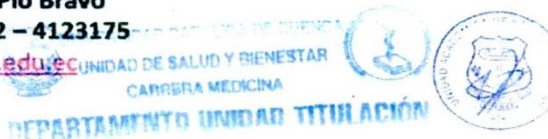
Firma y sello de responsable

Anabel Ruiz

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





ANEXO N° 7. RÚBRICASEGUNDO PAR REVISOR



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. (Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	<u>Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los factores asociados en pacientes adultos del Hospital Vicente Comandante Fajardo, en el año 2017</u>
Nombre del estudiante:	<u>Arabela Corralina Roca Mena</u>
Director:	<u>Dr. Gabriel Arábal Roca Mena</u>
Nombre de par revisor:	<u>Dr. Mario Apaza</u>

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1.00
Redacción Científica	/			1.00
Pensamiento crítico	/			1.00
Marco teórico	/			1.00
Anexo	/			1.00
Total				5.00

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello de responsable


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucbcue.edu.ec





ANEXO N° 8. RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevención de la Enfermedad Renal Crónica y su relación con los Factores asociados en pacientes adultos del Hospital Vicente Amal Morones, en el año 2017

Nombre del estudiante: Arabelle Cuelinas Ruiz Herrera

Nombre del responsable de la calificación

Director: Dr. Gabriel Anibal Hugo Moreno

Aesor: Lda. Carmen Francisca Pineda Fuenmayor

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobada
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

* Marcar con una x lo que corresponde

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:




Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina

Arabelle Ruiz

Firma de aceptación del estudiante



ANEXO N° 9. INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA | COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
- CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: la alumna RUIZ HERRERA ANABELLE CAROLINA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU RELACION CON FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL AÑO 2017, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DRA. KARLA ASPIAZU/ DR. DANILO MUÑOZ

Director: DR. GABRIEL HUGO/ **Asesor:** DRA. CAREM PRIETO





Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:




5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,





Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE


26 SEP 2019

NORA:  FIRMA: