

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**Características clínico epidemiológicas de enfermedad renal crónica
oculta en pacientes del programa adulto mayor del policlínico
Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud 2019-2022**

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Ciencias de la salud

AUTORES:

Soto Cruzado, Óscar Miguel

Velásquez Samillán, Ricardo Felipe

ASESOR METODOLÓGICO Y


TEMÁTICO:

Dr. José Enrique Pecsén Monteza

Lambayeque – Perú

2023

APROBADO POR:




Dr. SOTO CACERES VICTOR ALBERTO
PRESIDENTE



Dra. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
SECRETARIO



Dr. VEGA GRADOS JUAN ALBERTO
VOCAL



Dr. PECSÉN MONTEZA JOSE ENRIQUE
ASESOR METODOLÓGICO Y
TEMÁTICO

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N.º 022 -2023-FMH-UNPRG

Siendo las 17:00 del día 28 de abril del 2023, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/pqc-bwvs-pos> los miembros de jurado evaluador designados por Resolución N.º 111-2022-VIRTUAL-FMH-D. de fecha 15 de NOVIEMBRE del 2022 conformados por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. VICTOR ALBERTO SOTO CÁCERES
Secretario: Dr. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA
Vocal: Dr. JUAN ALBERTO VEGA GRADOS

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:
"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL POLICLINICO CARLOS CASTANEDA IPARRAGUIRE ESSALUD 2019 - 2022"

cuyos autores son los bachilleres:

BACH. SOTO CRUZADO OSCAR MIGUEL

BACH VELASQUEZ SAMILLAN RICARDO FELIPE

Teniendo como Asesor Metodológico y Temático a Dr. PECSÉN MONTEZA JOSE ENRIQUE

El acto de sustentación fue autorizado por **RESOLUCIÓN N.º 122-2023 -VIRTUAL-FMH-D.** de fecha 25 de abril del 2023.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 18 (DIECIOCHO) en escala vigesimal y 88 (OCENTA Y OCHO) en la escala centesimal Nivel: MUY BUENO

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 18:00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.


DR. VICTOR ALBERTO SOTO CÁCERES
PRESIDENTE


DR. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA
SECRETARIO




DR. JUAN ALBERTO VEGA GRADOS
VOCAL



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Los autores de este informe de tesis, Óscar Miguel Soto Cruzado y Ricardo Felipe Velásquez Samillán, investigadores principales, y Dr. José Enrique Pecsén Monteza, asesor metodológico de la presente investigación “Características clínico epidemiológicas de enfermedad renal crónica oculta en pacientes del programa adulto mayor del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud 2019-2022” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, de abril de 2023



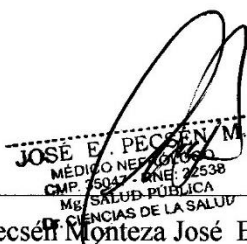
Óscar Miguel Soto Cruzado

AUTOR



Ricardo Felipe Velásquez Samillán

AUTOR



JOSE E. PESEN M.
MEDICO NEFROLOGO
C.M.P. 75047 - M.N.E. 22538
M.D. SALUD PÚBLICA
CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Pecsén Monteza José Enrique

ASESOR

ÍNDICE

Índice de tablas	8
Índice de gráficos	9
Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Formulación del problema	14
Hipótesis	14
Objetivos	14
Capítulo I: Diseño teórico	15
Antecedentes	15
Base teórica	17
Operacionalización de variables	21
Capítulo II: Métodos y materiales	22
Diseño de contrastación de hipótesis	22
Población y muestra	22
Criterios de inclusión	23
Técnica, instrumentos, equipos y materiales	23
Análisis estadístico de los datos	22
Consideraciones éticas	24

Capítulo III: Resultados y discusiones	24
Resultados	24
Discusiones	34
Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones	36
Bibliografía	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022

31

Tabla 2: Características sociodemográficas en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Oculta del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022

32

Tabla 3: Comorbilidades en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Oculta del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2023

33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2023

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características clínico-epidemiológicas en los pacientes con enfermedad renal crónica oculta del programa adulto mayor del policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre” Essalud 2019-2022 **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisaron 195 historiales médicos registrados en el archivo del Policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre” Essalud en el periodo 2019-2022 con el fin de obtener características clínicas (ERCO, hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad) y epidemiológicas (sexo y edad) **RESULTADOS:** Se hizo el diagnóstico de ERCO en 30 pacientes que representa el 15.35% de la muestra (n=195) recolectada de los pacientes evaluados. Las características socio-demográficas encontradas en los pacientes con diagnóstico de ERCO fueron: la edad promedio 74.07 ± 1.64 , con un porcentaje predominante en el grupo mayor de 70 años (22.7%), y sexo femenino (23.7%). Las enfermedades concomitantes a ERCO se encontraron a la Hipertensión arterial (14%) como la más frecuente, seguido de Diabetes mellitus (8%) y Obesidad (2%) **CONCLUSIONES:** Se identificó el porcentaje de individuos con las características evaluadas en el estudio, con resultados similares a investigaciones concernientes al tema.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica oculta, Tasa de filtración estimada, CKD-EPI

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the clinical epidemiological characteristics in patients with occult chronic kidney disease in the elderly program of the Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud 2019-2022 **MATERIALS AND METHODS:** 195 medical records registered in the file of the Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud Polyclinic in the period were reviewed. 2019-2022 in order to obtain clinical characteristics (occult chronic kidney disease, arterial hypertension, diabetes mellitus and obesity) and epidemiological (sex and age) **RESULTS:** The diagnosis of Occult Chronic Kidney Disease was made in 30 patients, representing the 15.35% of the sample (n=195) collected from the evaluated patients. The sociodemographic characteristics found in patients diagnosed with CKD were: average age 74.07 ± 1.64 , with a predominant percentage in the group over 70 years (22.7%), and female sex (23.7%). The diseases concomitant to CKD were found to be Arterial Hypertension (14%) as the most frequent, followed by Diabetes mellitus (8%) and Obesity (2%) **CONCLUSIONS:** The percentage of individuals with the characteristics evaluated in the study was identified, with similar results to investigations concerning the subject.

Keywords: Occult chronic kidney disease, Estimated glomerular filtration rate, CKD-EPI

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es el resultado final del daño estructural y funcional causado por perpetuación de un insulto estructural y funcional a nivel renal, según la guía “Kidney Disease Improving Global Outcomes” del 2020, se establece el diagnóstico con un tiempo de enfermedad mayor a tres meses. Esta patología representa una carga económica y humana a nivel mundial y nuestro medio no es ajeno a ello. (2)

El listado de patologías que son desencadenantes y agravantes de la ERC son diversas y heterogéneas, pudiéndose clasificar en modificables y no modificables, dentro del primer grupo se encuentran etiologías de alta prevalencia en nuestro país como lo es la Hipertensión arterial y Diabetes mellitus que pueden coexistir con obesidad, tabaquismo o dislipidemia. Dentro los modificables a destacar se pueden mencionar a la etnia y el sexo.

Según describe en su guía concerniente a ERC, la “Sociedad Peruana de Nefrología” manifiesta a esta patología como un problema prevalente en la población > 20 años, que representa una alta implicancia sobre el individuo, la sociedad y sobrecarga al sistema de salud. (3)

Como es propio de la ERC, es asintomática en estadíos tempranos e incluso en grados intermedios, aún con niveles de creatinina normales, es ahí donde surge el término Enfermedad Renal Crónica Oculta (ERCO), la cual debería ser detectada precozmente por la alta morbimortalidad que representa en pacientes de edad avanzada, pues supone alto riesgo cardiovascular que es hasta 20 veces mayor que en individuos que no la presentan.(3)

A nivel internacional, específicamente en España, uno de los países con más estudios en este tema, se demostró que en la población general mayores de 18 años atendidos en atención primaria se reportó una tasa del 7% de ERC siendo de este porcentaje el 43.5% casos de ERCO, de manera similar el estudio EROCAP “Enfermedad Renal Oculta en Centros de Atención Primaria” reporta una tasa de 37.3% de ERCO, encontrando una mayor prevalencia entre las edades de 64 y 70 años, con 21,2 % y 33,7% respectivamente. (1)

Puesto que el incremento de pacientes con ERC avanzada en los últimos años ha sido vertiginoso en nuestra región, por no realizar un diagnóstico oportuno en los pacientes con

diabetes, HTA y mayoría de edad, principalmente atendidos en las carteras de atención primaria de la seguridad social, es necesario conocer aquellos pacientes que tienen algún grado de ERCO y diferenciarlos con un subdiagnóstico que permite hacer una proyección real de una prevalencia sobre esta alteración que conlleva a una falla renal avanzada (3).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores están asociados a la Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre”- ESSALUD entre 2019-2022?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar qué factores están asociados a la Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los casos de Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022
2. Conocer las características Sociodemográficas como: Lugar de procedencia, sexo y edad en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Oculta del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022
3. Identificar las principales comorbilidades como: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y obesidad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Oculta del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022
4. Determinar la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre - ESSALUD entre los años 2019-2022

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Dávila y Rodriguez. Perú (2019) realizaron una tesis que tiene como objetivo determinar la prevalencia en atención primaria de ERCO en pacientes con DM tipo 2. En este estudio descriptivo observacional se encontró que según la fórmula de Cockcroft - Gault el 7.6% de pacientes con creatinina sérica normal tenía una TFG < 60 y según la fórmula MDRD un 3.6%. Además de una mayor prevalencia en mayores de 45 años y de estos el 55.56% eran mayores de 65 años y el 56% eran mujeres (4).

Fiseha et al. Etiopía (2019) realizó una investigación en la que se tuvo como objetivo determinar la prevalencia de falla renal en pacientes con creatinina sérica normal usando la TFG estimada. Este estudio transversal a 414 pacientes con creatinina sérica normal y el uso de las fórmulas de Cockcroft - Gault y la fórmula MDRD simplificada demostraron que se puede diagnosticar en un 55.1% y 29.2% de insuficiencia renal. Concluyendo que se puede diagnosticar algún grado de insuficiencia renal en pacientes con creatinina sérica en valores normales (5).

Balderas et al. México (2019) realizó un estudio que tuvo por objetivo determinar tanto la prevalencia de ERCO como los factores asociados a esta. Este estudio transversal fue realizado a 1268 pacientes. Se encontró 13.2 % de pacientes con ERCO. Y de estos con Diabetes mellitus 45%, HTA de 38% y ambas afecciones 16.2%. Además refiere factores asociados a la ERCO como el sexo femenino, ser mayor de 60 años e HTA (6).

Romero et al. Cuba (2020) llevaron a cabo un estudio que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de ERCO en pacientes con coronariopatía. Este estudio descriptivo, retrospectivo a 419 pacientes hospitalizados por síndrome coronario que se les midió la TFG usando la fórmula de Cockcroft - Gault. Se encontró que el 16.7% de pacientes presentaba creatinina sérica normal pero una TFG baja. Las principales comorbilidades asociadas a SCA fueron la HTA, DM y enfermedad vascular, edad avanzada y sexo femenino (7).

P. J. Labrador et al. España (2007) realizaron este estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de ERCO en el primer nivel de atención. Este estudio descriptivo transversal fue realizado a 960 usuarios con TFG menor de 60 ml/min/1.73 m² midiéndola con la

fórmula MDRD - 4. Se evidenció que el 43.5% de la población tenían creatinina normal. Se concluye del estudio que el 7% de pacientes que se atienden en Atención primaria presentan una TFG menor de 60 y de este porcentaje el 40% mantiene niveles de Cr normales representando el 3% de toda la población estudiada, la mayoría de sexo femenino y con una media de 77 años (8).

Rodrigo y Andrés. España (2006) publicaron un estudio que tenía por objetivo determinar qué cantidad de pacientes atendidos en atención primaria tienen ERCO. En este estudio prospectivo realizado a 1000 pacientes se usó la fórmula MDRD para determinar la TFG. Se obtuvo como resultado que de 956 pacientes con creatinina sérica normal el 10.4 % tenía ERCO. Se encontraron comorbilidades como mayor edad, mayor IMC, baja hemoglobina, HTA y sexo femenino. Se concluyó en el estudio que más del 10% de pacientes en atención primaria tienen una disminución significativa de la TFG (10).

BASE TEÓRICA

La definición operativa de la ERC ha evolucionado con el tiempo, sin embargo las guías vigentes convergen en definirla como la alteración de la función renal con una tasa de filtrado $< 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ o con un examen imagenológico y laboratorio que sean indicadores de falla renal o ambos, con un tiempo de enfermedad mayor igual a 3 meses, sin importar la etiología. (11)

La prevalencia registrada de ERC continúa siendo alta según datos de la OMS estima que 865 226 muertes son atribuibles a esta patología en el año 2012. Es la causa número 14 de muerte con 12.2 muertes por 100.000 personas. Proyecciones de la Global Health Observatory sugieren que a pesar que las muertes por VIH disminuirían en la próxima década, la tasa de mortalidad por ERC se estima que sea 140 por cada 10 000 personas en los próximos 7 años (12)

La epidemiología de esta enfermedad se muestra alterada en cuanto a la diferencias de etnia y grupo etario predominante por cada país, es por ello que en ciertos países con población añosa tiende a tener mayor prevalencia de ERC y paciente en terapia de reemplazo renal, aun así la prevalencia estimada en países industrializados es del 10% aproximadamente (13). Con respecto al factor socioeconómico, el cuartil más bajo tiene un 60% más riesgo de ERC y que progrese a través de los años comparado con el estrato económico alto. La raza es un factor determinante, pues se ha demostrado que la etnia africana y asiática, hispanos e indígenas tienen mayor riesgo de desarrollar ERC. Esto puede suponer una desventaja social de sufrir la enfermedad con mayor fuerza de asociación al nivel económico, como el diagnóstico temprano y acceder al tratamiento. (14)

Los principales factores fuertemente asociados a la ERC son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, siendo la primera la causa predominante con 40% el cual representa a 290 millones de adultos aproximadamente. La hipertensión como enfermedad prevalente, se proyecta que este porcentaje aumente a un 60% en el año 2025. (14)

Debido a que la mayoría de pacientes que sufren de ERC carecen de síntomas, el cribado es

más que pertinente para el diagnóstico temprano de esta enfermedad. La National Kidney Foundation ha desarrollado una prueba de perfil renal que incluye medir la creatinina sérica para estimar su depuración, la detección se recomienda en los mayores de 60 años o con antecedentes de diabetes o hipertensión. , infecciones urinarias recurrentes, disminución del volumen renal identificado por una ultrasonografía, exposición a ciertos medicamentos como AINEs o litio, y episodios previos de lesión renal aguda. Existen algunos factores sociodemográficos que contribuyen a un mayor riesgo de ERC, incluida la raza no blanca, la baja educación, los bajos ingresos y la inseguridad alimentaria. En comparación con los blancos, los afroamericanos y los isleños del Pacífico tienen un riesgo sustancialmente mayor de ERC.(11)

Según la Sociedad Española de Nefrología en su modelo estipula factores de riesgo ubicables dentro de cada fase clínica de la ERC, siendo los factores de “susceptibilidad” como características intrínsecas que amplifican la probabilidad de daño renal, en este grupo nos parece pertinente evaluar la edad avanzada, obesidad y comorbilidad con DM2 e HTA, siendo estos los mayormente asociados a ERCO. (15)

El metabolismo renal es muy elevado con un alto requerimiento de oxígeno. En la etapa temprana de la ERC, las sinusoides intersticiales pierden su impermeabilidad característica, lo que significa que proteínas plasmáticas que normalmente nunca llegan al intersticio renal pueden hacerlo y desencadenar una respuesta inflamatoria. (11,16)

El cuadro clínico en la enfermedad renal es poco florido, hasta que los pacientes presentan síntomas asociados a pruebas de detección alteradas, en el escenario de un examen médico rutinario o el diagnóstico súbito de un paciente con signos y síntomas propios de una emergencia dialítica. Estas toxinas que desencadenan el cuadro alteran la homeostasis tanto hemodinámica como inmunológica, produciendo daño directo al endotelio con alteración de la función plaquetaria, alteración de la microbiota intestinal y necesidad de ajuste de fármacos neurotóxicos o sustituirlos por otros no tan eficaces. (12,17)

El método recomendado para comparar el cambio en la función renal es el uso de biomarcadores para estimar la TFG, entre ellos: creatinina y cistatina C(18)

La creatinina es un subproducto del metabolismo muscular, con un tiempo de vida media

adecuado para su medición que no se reabsorbe en el glomérulo renal. La concentración de este metabolito aumenta al disminuir la TFG, aunque este valor es directamente proporcional a la masa muscular. Algunos factores extrínsecos alteran la concentración de creatinina como el consumo de productos cárnicos, uso de suplementos o el ejercicio. El *clearance* de creatinina renal también se puede medir sobre la base de la concentración de creatinina medida en suero y en una toma de muestra de orina de veinticuatro horas. Al ser el gold standard para el diagnóstico de una enfermedad renal, conlleva el uso de técnicas de laboratorio más exhaustivas por lo que demanda mayor infraestructura y especialización por parte del laboratorio donde se realiza, así como la estandarización del método a realizar, lo que lo hace poco práctico, entendiendo que el aclaramiento de creatinina sobrediagnostica a un paciente teniendo en cuenta el sexo, la edad y masa muscular, lo cual lo hace menos preciso comparado a otros métodos. (19)

El estimación de la función renal por medio de fórmulas puede variar dependiendo de la filtración glomerular, en cuanto a la fórmula Cockcroft-Gault para valores < 15 ml/min/1.73m² sobreestima la FG, en contraste la fórmula MDRD-4 tiende a ser más precisa en valores entre 15-60, teniendo un comportamiento similar entre ambas fórmulas en el rango de una insuficiencia renal incipiente y el rango normal (60-90 ml/min). Debe tomarse en cuenta en el contexto de un paciente con nefropatía diabética, la cual en estadios tempranos cursan con un estado de hiperfiltración ($FG > 90$ ml/min), y medidas mediante fórmulas como la MDRD-4 se infraestima. (20)

Otros limitantes de la exactitud de estos métodos es su utilización en escenarios como falla renal aguda o en remisión, reagudización en un paciente con diagnóstico de ERC, casos de malnutrición, dietas que involucran veganismo o consumo de suplementos con creatina, miopatías, índice de masa corporal que indican insuficiencia ponderal (<19) u obesidad clase II (>35), hepatopatías graves, pérdida de líquido a tercer espacio como ascitis o anasarca, embarazo, pacientes a los cuales no se les realizó el ajuste de fármacos nefrotóxicos. (19)

Actualmente normativas de práctica clínica en cuanto a la ERC, recomiendan la medición de la función renal a partir de fórmulas que contemplen dentro de sus variables la creatinina sérica, sexo, edad, raza, altura y peso. Dentro de ella la de mayor uso es la MDRD-4 cuyo objetivo fue realizar un diagnóstico temprano de la ERC con el fin de limitar su progresión y restringir los factores de riesgo, de esta manera mejorar la supervivencia de los pacientes

(22). No obstante, como todo método alternativo a la estimación real de la función renal, tiene sus limitantes: la población en la cual se obtuvo esta fórmula, estuvo integrada por pacientes de raza blanca, sin comorbilidades pero con una tasa de filtración $< 60\text{ml/min/1.73m}^2$, diversos estudios concluyen que la precisión de esta fórmula es inversamente proporcional al aumento de la filtración glomerular, arrojando resultados que sobrediagnostican enfermedad renal, es decir, falsos positivos, generando costos en cuanto a prevención y tratamiento respectivo. (23). Se ha postulado la fórmula CKD-EPI, que podría evitar los falsos positivos. Este efecto se observa principalmente en la reducción del número de pacientes incluidos en los estadios 3a y 3b según MDRD-4. La diferencia está establecida en la población a partir de la cual fue desarrollada, que en este caso corresponde a 8.254 individuos partícipes en 10 investigaciones distintas, incluido MDRD, que contaban con una medición directa del FG mediante el aclaramiento de iotalamato (24)

Según un meta análisis realizado por IETSI-Essalud para su guía clínica para “el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica en los estadios 1 al 3” del año 2020, para el cual se seleccionaron 6 estudios donde se comparan las ecuaciones CKD-EPI creatinina vs MDR4-IDMS, los resultados de esta investigación concluyeron que la precisión diagnóstica de ambas fórmulas no había diferencia estadísticamente significativa, la ecuación CKD-EPI tuvo menor sesgo y mayor exactitud, lo que conlleva en un mejor diagnóstico y grado en la que se encontraría la ERC. (25)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Características clínico epidemiológicas de enfermedad renal crónica oculta en pacientes del programa adulto mayor del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud 2019-2022

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable de interés I	Enfermedad renal crónica oculta	Patológica	TFG calculada por CKD - EPI <60 ml/min/1.73m2 Cr(s)<1.2mg/dl	Si - No	Nominal
V -2	Factores de riesgo de susceptibilidad	Patológica	Hipertensión arterial diagnosticada	Si - No	Nominal
			Diabetes mellitus diagnosticada	Si - No	
			Obesidad diagnosticada	Si - No	
V -3	Características sociodemográficas	Epidemiológica	Lugar de procedencia	Rural (R) Urbana (U)	Cualitativa Nominal
			Sexo	Masculino (M) Femenino (F)	Cualitativa Nominal
			Edad	60 – 65 años 66 – 70 años >70 años	Cuantitativa Ordinal

CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Estudio no experimental, Descriptivo Observacional de corte transversal retrospectivo con un análisis cuantitativo

POBLACIÓN Y MUESTRA

Muestra

La población de este estudio está conformada por 35628 pacientes mayores de 60 años atendidos en el policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre ESSALUD en los servicios de medicina general y complementaria durante el periodo de tiempo de 2019 a 2022

Cálculo del tamaño de muestra

Se obtuvo mediante la fórmula para elementos finitos:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

n= Muestra

N= Pacientes del programa adulto mayor del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre ESSALUD en el periodo 2019 a 2022.

Z²= “Valor de Z para un nivel de confianza del 95 %, Z= 1.96”

p= Probabilidad de que ocurra un evento estudiado (0.5).

q= Probabilidad de que no ocurra un evento estudiado (1- p): 1-0.5 = 0.5

e² = “e” es error de estimación máxima (d = 0.05)

La muestra se calculó con el sistema “Epidat 4.2: Programa para análisis epidemiológico de datos”

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población: 35.628
Proporción esperada: 15,000%
Nivel de confianza: 95,0%
Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	195

Muestreo: Aleatorio simple

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos mayor definido por edad mayor o igual a 60 años
- Pacientes a quien se le tomó una prueba de creatinina sérica.
- Pacientes pertenecientes al programa de Adulto Mayor.
- Pacientes acreditado en Seguridad Social

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Paciente con diagnóstico de ERC previamente.
- Paciente cuya creatinina fue >1.2 mg/dl.
- Pacientes con historia clínica incompleta que no incluyan los parámetros de estudio

TÉCNICA, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

Se realizó el proyecto de investigación acorde a los estándares determinados, posteriormente se realizaron los permisos correspondientes tanto en la Universidad como en el policlínico donde se realizó la recolección de los datos, se conversó y se presentó el proyecto al área de investigación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Con el permiso del HNAAA se acudió al centro de salud Carlos Castañeda Iparraguirre y con el permiso del encargado del área de archivos se accedió al historial médico de los pacientes que cumplen los criterios de selección.

La técnica utilizada fue la ficha de recolección de datos, la presente ficha es una modificación del instrumento utilizado en el proyecto de investigación llamado “Factores de riesgo asociados a enfermedad renal crónica en las familias del asentamiento humano José Olaya, Yarinacocha - Ucayali, 2017” realizado por las autoras Arevalo Nadia, Cárdenas Rosario y Soria Cynthia en el año 2018.

Dicho instrumento fue validado por prueba piloto y juicio de expertos presentando una validez calculada por “alfa de Crombach” con un resultado = 0.71 lo que indica que es un instrumento confiable.

El instrumento utilizado fue un formulario de recolección (Anexo N° 01) que se basa en los datos del historial médico de los pacientes anteriormente descritos, que accedieron al menos a una atención en dicho policlínico; en el cual se incluyeron datos relevantes a datos epidemiológicos (edad, sexo) y manifestaciones clínicas como: HTA, Diabetes mellitus y valores de laboratorio como: Creatinina y tasa de filtración calculada por CKD-EPI.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos clínicos que se obtuvieron y se registraron en la ficha de recolección y los resultados de exámenes laboratoriales fueron ordenados y analizados en el programa “IBM SPSS Versión 28”. Para la exposición de los hallazgos se utilizaron tablas elaboradas en M. Word 2018 y gráficos elaborados en M. Excel 2018.

Se realizó un análisis univariado de distribución de frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas según su distribución normal.

Los datos obtenidos fueron resumidos en gráficos circulares y tablas de doble entrada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Toda investigación realizada en el área de salud en la que se ven involucrados tanto el personal como los pacientes, requiere una garantía, por ello durante la realización del presente informe se tuvo presente los principios éticos estipulados en el informe de Belmont, regulador y guía ético al realizar cualquier proyecto científico.

La razón por la que no se solicita Consentimiento informado es porque solo se evaluará historias clínicas más no pacientes.

Se presentó al comité de ética respectivo, para ser previamente analizado, verificado y evaluado respectivamente. Y así obtener un grado significativo de veracidad. De igual modo el presente trabajo llevó consigo todas las medidas de confidencialidad de datos de los pacientes del programa “Adulto Mayor del Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre”.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1. Características de los pacientes del Programa Adulto Mayor del “Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre” - ESSALUD entre los años 2019-2022 (n=195)

Características de la población	n	%
Edad*	69.69	± 7.57
Edad por grupos de edad		
60 – 65 años	73	37.44
66 – 70 años	43	22.05
>70 años	79	40.51
Sexo		
Femenino	122	62.56
Masculino	73	37.44
Hipertensión		
No	103	52.82
Sí	92	47.18
Diabetes Mellitus		
No	156	80.00
Sí	39	20.00
Obesidad		
No	164	84.10
Sí	31	15.90

Creatinina sérica (mg/dl)*	0.91	± 0.10
eTFG (ml/min/1,73 m ²)*	73.66	± 14.29
eTG (ml/min/1,73 m ²)		
≥90	33	16.92
60 – 89.9	132	67.69
45 – 59.9	29	14.87
30 – 44.9	1	0.51

* **media ± DE**

eTFG: tasa de filtración glomerular estimada, fórmula CKD-EPI.

Tabla 2. Características sociodemográficas en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Oculta del Programa Adulto Mayor del Policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre” - ESSALUD entre los años 2019-2022 (n=195).

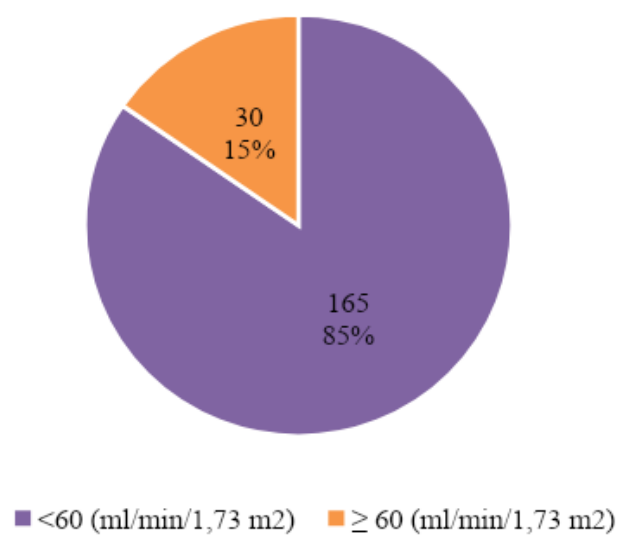
Características de la población	Enfermedad renal crónica oculta	
	No n (%)	Sí N (%)
Edad*	68.90 ± 7.03	74.07 ± 1.64
Edad por grupos de edad		
60 – 65 años	68 (93.15)	5 (6.85)
66 – 70 años	36 (83.72)	7 (16.28)
>70 años	61 (77.22)	18 (22.78)
Sexo		
Femenino	93 (76.23)	29 (23.77)
Masculino	72 (98.63)	1 (1.37)

* **media ± DE**

Tabla 3. Comorbilidades en pacientes con ERCO del Programa Adulto Mayor del “Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre” - ESSALUD entre los años 2019-2022 (n=195).

Características de la población	Enfermedad renal crónica oculta	
	No n (%)	Sí n (%)
Hipertensión		
No	87 (84.47)	16 (15.53)
Sí	78 (84.78)	14 (15.22)
Diabetes Mellitus		
No	134 (85.90)	22 (14.10)
Sí	31 (79.49)	8 (20.51)
Obesidad		
No	136 (82.93)	28 (17.07)
Sí	29 (93.55)	2 (6.45)

Figura 1. Prevalencia de ERCO en los pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre” - ESSALUD entre los años 2019-2022



DISCUSIÓN

En este estudio realizado a 195 pacientes del Programa Adulto Mayor del Policlínico “Carlos Castañeda Iparraguirre” – ESSALUD encontramos que el 15.38% de pacientes presenta algún grado de ERCO, este resultado se aproxima al encontrado por Balderas et al. (6) que halló una prevalencia del 13.2% de ERCO en pacientes mayores de 60 años. Además se encontraron resultados similares a los hallados por Romero et al. (7) que encontró una prevalencia del 16.7% de esta enfermedad.

De las características sociodemográficas, con respecto a la edad, la mayor prevalencia de ERCO se encuentra en los pacientes en el rango mayor de 70 años siendo un 22.78%, de manera unánime en todos los estudios revisados como antecedentes para este trabajo se encuentra una mayor prevalencia a partir de los 70 años, sin embargo, pueden diferir en los porcentajes encontramos, como Romero et al. que encontró una prevalencia en mayores de 70 años de 62.2 % (7).

La otra característica sociodemográfica estudiada es el sexo, donde en nuestro estudio encontramos que el 96,6% de pacientes con ERCO son mujeres. También se encontró que el 23.77% de las 122 mujeres estudiadas presentan algún grado de ERCO y tan solo el 1.37% de los 73 varones estudiados presentan esta enfermedad. Posiblemente esto se deba a que, como describen varios estudios, el sexo femenino posee menos masa muscular, un hecho ya contemplado como limitante de nuestra investigación

Al igual que con la edad, la ERCO tiene una aparición indiscutiblemente superior en mujeres que en varones. Dávila y Rodríguez encontraron que el 52.8% de pacientes con ERCO eran mujeres. De manera similar a lo hallado por nosotros, Fiseha et al. Y Rodrigo et al. encontraron que el 90.6% y 86.5%, respectivamente, de pacientes con ERCO eran del sexo femenino.

La fórmula utilizada por nosotros, la CKD-EPI depende tanto de los niveles de creatinina sérica como de la edad y el sexo. Así, para un mismo grupo etario el sexo masculino necesita niveles de Creatinina más altos para presentar una filtración glomerular menor a 60 mL/min/1,73m² lo que explicaría la muy marcada diferencia con respecto a las características sociodemográficas, especialmente a la del sexo femenino.

De las comorbilidades estudiadas con respecto a la HTA no se encontró ninguna relación de esta enfermedad con la ERCO a diferencia de lo encontrado por Balderas et al. que halló un porcentaje de ERCO de 14.9 en hipertensos contra un 6.6% en no hipertensos (6). O Romero et al. que encontró que un 91.5% de pacientes con HTA presentan ERCO (7).

En nuestro estudio encontramos que el 20.5% de pacientes con DM presentan ERCO contra el 14.1% de estos pacientes que no la presentan. De manera similar Rodrigo et al. encontró que el 17.3% de pacientes diabéticos presentaban algún grado de ERCO. En contraste Fiseha et al. encontraron porcentajes más elevados de ERCO en pacientes diabéticos siendo un 31.2%.

Finalmente la última comorbilidad estudiada es la obesidad donde, al igual que la HTA, no encontramos su diagnóstico concomitante con la ERCO siendo solo el 6.45% de obesos pacientes con ERCO. Esto concuerda con Romero et al. que encontró un porcentaje de tan solo 9.3% de pacientes obesos con ERCO (7).

Una de las fortalezas de nuestro estudio al utilizar la fórmula CKD-EPI fue que tiene una mayor precisión al reclasificar a personas con menos factores de riesgo o comorbilidades asociadas a enfermedades crónicas en grados de filtración glomerular según KDIGO, que se alejan al diagnóstico de enfermedad renal crónica. (29) Estudios muestran que la gravedad de la enfermedad renal crónica, determinada por esta ecuación, está más relacionada con la autoconcepción que tienen los pacientes sobre su enfermedad, especialmente cuando los pacientes de con pocos factores de riesgo se recategorizan como pacientes exentos de ERC.

Aunque actualmente no hay una fórmula perfecta para estimar la tasa de filtración glomerular, la mayoría de las investigaciones sugieren que la ecuación CKD-EPI podría ser más precisa por su utilidad para reducir el sobrediagnóstico de enfermedad renal crónica y su mejor capacidad para pronosticar mortalidad y enfermedad renal terminal. En atención primaria, su uso podría evitar diagnosticar como "enfermos" a individuos sanos y prescribir medicación innecesaria para reducir el supuesto aumento del riesgo cardiovascular y por ende de muerte.

Sin embargo, debido a la heterogeneidad en el análisis de creatinina sérica, los laboratorios que utilizan pruebas no estandarizadas lo cual es muy común en nuestro medio, la estimación de la tasa de filtración glomerular cuando se utilizan ecuaciones como MDRD y CKD-EPI la cual utilizamos en nuestra investigación se vería afectada en la misma proporción.(30)

También se debe interpretar cuidadosamente los resultados obtenidos en pacientes con niveles anormales de masa muscular, en el contexto antes descrito como parte de las limitantes, característica no evaluada por nuestro estudio, ya que estas ecuaciones utilizan la creatinina sérica como marcador endógeno de la filtración glomerular.

Otra limitación del estudio es que el diagnóstico de $eTFG < 60$ se ha realizado mediante una sola determinación de creatinina sérica, sin compararla con resultados anteriores al periodo de investigación propuesto por nuestro estudio.

Capítulo IV: CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Oculta en los pacientes del programa adulto mayor del “Policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre” - ESSALUD entre los años 2019-2022, 30 pacientes fue del 15.35%.
2. Las características sociodemográficas encontradas en los pacientes con diagnóstico de ERCO fueron: la edad promedio 74.07 ± 1.64 , con un porcentaje predominante en el grupo mayor de 70 años (22.7%), y sexo femenino (23.7%).
3. Las enfermedades concomitantes a ERCO se encontraron a la Hipertensión arterial (14%) como la más frecuente, seguido de Diabetes mellitus (8%) y Obesidad (2%).

RECOMENDACIONES

1. Evaluar la función renal con fórmulas validadas como la MDRD-4, Cockcroft-Gault o CDK-EPI según el grupo poblacional estudiado, y no determinar ausencia de lesión renal solamente con el valor de creatinina sérica, con el objetivo de diagnosticar precozmente enfermedad renal y evitar su progresión.
2. Realizar pruebas de imagen como ultrasonidos para complementar el diagnóstico de enfermedad renal.
3. Evaluar los factores precipitantes de ERC, como diabetes, hipertensión arterial, la obesidad y el historial familiar de enfermedad renal crónica.
4. Realizar seguimiento una vez diagnosticada la ERC, se deben realizar pruebas de seguimiento regulares para evaluar la progresión de la enfermedad y el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gentile Lorente D, Gentile Lorente J, Salvadó Usach T. Repetición de la medición de creatinina sérica en atención primaria: no todos tienen insuficiencia renal crónica. *Nefrología*. 2015;35(4):395-402.
2. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*. 2013;3
3. Palacios Guillén Alaciel M, Medina Santander Boris., Campos Buleje Saturnino Clarence., Berríos Medina Elsa del Carmen., Solís Vásquez Gina., Bravo Zúñiga Jessica Ivonne., et al. Guía clínica para identificación, evaluación y manejo inicial del paciente con enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención.
4. Dávila Soto K, Rodríguez Reyes AJA. Prevalencia de Insuficiencia Renal oculta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Atención Primaria II San Juan Bautista EsSalud-Loreto 2017: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2019.
5. Fiseha T, Mengesha T, Girma R, Kebede E, Gebreweld A. Estimation of renal function in adult outpatients with normal serum creatinine. *BMC Res Notes*. Diciembre de 2019;12(1):462.
6. Balderas-Vargas NA, Legorreta-Soberanis J, Paredes-Solís S, Flores-Moreno M, Serrano-De los Santos FR, Andersson N. Insuficiencia renal oculta y factores asociados en pacientes con enfermedades crónicas. *Gac México*. 18 de diciembre de 2019; 156(1):2729.
7. Romero JL, Cárdenas ER, Calderón FV, Peláez RF, Perez IV. Enfermedad renal crónica oculta en pacientes con síndrome coronario agudo. *Med Elect* (1)2020:21.
8. Labrador TMPJ, M. Jiménez MM, F. Vicente JL, J. Martín Oncina. Insuficiencia renal oculta en atención primaria. ¿Un problema exclusivo de mujeres? *NEFROLOGÍA*. 2007;27(6):5.
9. Duru OK, Vargas RB, Kermah D, Nissenson AR, Norris KC. High Prevalence of Stage 3 Chronic Kidney Disease in Older Adults Despite Normal Serum Creatinine. *J Gen Intern Med*. Enero de 2009;24(1):86-92.
10. Rodrigo MP, Evaluation of «hidden» renal insufficiency by abbreviated-MRD equation. *Nefrología*. 2006;26(3):291-4.
11. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA*. 1 de octubre de 2019;322(13):1294-304.
12. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. 25 de marzo de 2017;389(10075):1238-52.

13. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States. *JAMA*. 7 de noviembre de 2007;298(17):2038.
14. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*;395(10225):709-33.
15. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2014;(34). Disponible en: <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455>
16. Usherwood T, Lee V. Advances in chronic kidney disease pathophysiology and management. *Aust J Gen Pract*. 1 de abril de 2021;50(4):188-92.
17. Vanholder R, Baurmeister U, Brunet P, Cohen G, Glorieux G, Jankowski J. A Bench to Bedside View of Uremic Toxins. *J Am Soc Nephrol*.2008;19(5):863-70.
18. Levey AS, Stevens LA. Estimating GFR Using the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) Creatinine Equation: More Accurate GFR Estimates, Lower CKD Prevalence Estimates, and Better Risk Predictions. *Am J Kidney Dis*. abril de 2010;55(4):622-7.
19. Dalmau Llorca MR, Boira Costa M, López Pablo C, Pepió Vilaubí JM, Aguilar Martin C, Forcadell Drago E. Diferencias entre MDRD-4 y CG en la prevalencia de la insuficiencia renal y sus variables asociadas en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria*. noviembre de 2016;48(9):596-603.
20. Loredó JP, Lavorato CA, Negri AL. Tasa de filtración glomerular medida y estimada. Numerosos métodos de medición (Parte I). *Rev Nefrol Diálisis Traspl*. 2015;35(3):153-64.
21. Karsch-Völkl M, Schmid E., Wagenpfeil, S. et al. Kidney function and clinical recommendations of drug dose adjustment in geriatric patients, *BMC Geriatr*. 13(92):1-8
22. Alles A, Fraga A, García R, Gómez A. Detección de Enfermedad Renal Crónica. Documento Multidisciplinario. *Nefr Arg*. 2010;(8):48-54.
23. Zuo L, Ying-Chun M, Mei W, Guo-Bing X. Application of GFR-estimating equations in Chinese patients with chronic kidney disease. 2005. 45(3):463-72.
24. Hugo V, Felipe D, Pablo C, Víctor R, Roberto C. Estimación indirecta de la función renal y mortalidad por insuficiencia cardíaca: buscando el mejor predictor. 2014. (33):189-97.
25. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica en los estadios 1 al 3. IETSI-ESSALUD. 2020;
26. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022.

Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666>

27. Obesidad: prevención y gestión de la epidemia mundial. Informe de una consulta de la OMS. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:I-XII, 1-253.
28. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Supplement_1):S19-40.
29. Kurella Tamura M, Anand S, Li S, Chen SC, Whaley-Connell AT, Stevens LA, Norris KC. Comparison of CKD awareness in a screening population using the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) study and CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equations. Am J Kidney Dis. 2011 Mar;57(3 Suppl 2):S17-23.
30. Myers GL, Miller WG, Coresh J, Fleming J, Greenberg N, Greene T, et al. Recommendations for improving serum creatinine measurement: a report from the Laboratory Working Group of the National Kidney Disease Education Program. Clinical chemistry 2006; 52: 5-18.

ANEXOS

Anexo N° 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS GENERALES

- Iniciales de nombre del paciente
- Edad:
 - De 60 a 65 ()
 - De 66 a 70 ()
 - De 70 a más ()
- Sexo:
 - Masculino () Femenino ()

2. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

2.1. Factores de susceptibilidad

- Hipertensión arterial: Mayo 140/90 SI () NO ()
- Diabetes Mellitus SI () NO ()
- Obesidad: IMC mayor igual de 30 SI () NO ()

3. NIVELES DE CREATININA SÉRICA

- CrS () mg/dl
- eTDG calculada con CDK-EPI () ml/min/1.73m²



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Soto Velasquez
Título del ejercicio: revisión de tesis
Título de la entrega: FORMATO DE TESIS INFORME FINAL
Nombre del archivo: 4-_Informe_Tesis-_Soto_Cruzado_-_Vel_squez_Samill_n_3.docx
Tamaño del archivo: 459.3K
Total páginas: 29
Total de palabras: 5,856
Total de caracteres: 32,272
Fecha de entrega: 27-abr.-2023 01:03p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega... 2077411561

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Características clínico epidemiológicas de enfermedad renal crónica
oculta en pacientes del programa adulto mayor del policlínico
Carlos Castañeda Iparraguirre Eosalud 2019-2022

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano
Línea de Investigación: Enfermedades no transmisibles

AUTORES:

Soto Cruzado, Oscar Miguel
Velasquez Samillán, Ricardo Felipe

ASESOR METODOLÓGICO Y TÉCNICO:

Dr. José Enrique Poesin Mendoza
Lambayeque - Perú
2023

JOSE E. POESIN M.
MEDICO NEFROLOGO
CNP - RNE: 29638
M.E. SALUD PUBLICA
DR. CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DE TESIS INFORME FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	15%	9%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
2	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	www.revistanefrologia.com Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1%

JOSE E. PECCEN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 35247 - R.N.E. 22538
Mg. SALUD PÚBLICA
DIRECCIONES DE LA SALUD

10	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unesum.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	medicentro.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
14	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
16	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
17	aprenderly.com Fuente de Internet	<1 %
18	ietsi.essalud.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
19	Guerrero García Azucena. "Prevalencia de insuficiencia renal oculta en pacientes con diabetes e hipertensión arterial", TESIUNAM, 2018 Publicación	<1 %


 JOSE E. PECSÉN M.
 MÉDICO NEFRÓLOGO
 C.M.P. 35047 - R.N.E. 22538
 M.G. SALUD PÚBLICA
 Dr. CIENCIAS DE LA SALUD

25	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
28	1library.co Fuente de Internet	<1 %
29	Monroy Franco Citlali. "Grado de funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con enfermedad renal crónica en modalidad de diálisis peritoneal, en una unidad de segundo nivel de atención", TESIUNAM, 2021 Publicación	<1 %
30	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
31	nefrologiadigital.revistanefrologia.com Fuente de Internet	<1 %
32	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	<1 %


 JOSE E. PECSÉN M.
 MÉDICO NEFRÓLOGO
 C.M.P. 35047 - R.N.E. 22538
 M.E. SALUD PÚBLICA
 DR. CIENCIAS DE LA SALUD

20 Rabadan Martínez Pedro. "Utilidad de la ecuación Cockcroft-Gault y cociente proteinuria-creatinina en el diagnóstico oportuno de daño renal en pacientes diabéticos y/o hipertensos en el Servicio de Urgencias del HGSZ/MF no. 8 Tlaxcala", TESIUNAM, 2019

Publicación

<1 %

21 tesis.unap.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

22 Calleja Serrano Anahi. "Prevalencia de la hipertensión sistólica aislada y factores de riesgo cardiovascular en pacientes geriátricos de la UMF NO. 21", TESIUNAM, 2011

Publicación

<1 %

23 Martínez Flores Marisol. "Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos en control por la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, número 17 San Cristóbal de las Casas, Chiapas", TESIUNAM, 2018

Publicación

<1 %

24 Sánchez Martínez David Miguel. "Identificación de pacientes con enfermedad renal crónica oculta en relación a niveles de albuminuria en una unidad de primer nivel", TESIUNAM, 2014

Publicación

<1 %

JOSE E. PEREZ M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
CMF 447 - RNE: 22538
MÉDICO SALUD PÚBLICA
DR. CIENCIAS DE LA SALUD

35	www.clinicaltrialsregister.eu Fuente de Internet	<1 %
36	www.scielo.org.ar Fuente de Internet	<1 %
37	doctorglennie.com Fuente de Internet	<1 %
38	etheses.bham.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
39	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
40	www.socalpar.es Fuente de Internet	<1 %
41	Arango Bravo Eder Alexandro. "Ecuaciones que estiman la tasa de filtración glomerular en el paciente con obesidad", TESIUNAM, 2014 Publicación	<1 %
42	Calderón Escutia Ana María. "Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal adscritos al programa de diálisis peritoneal intermitente del hospital de especialidades de la ciudad de México Dr. Belisario Domínguez", TESIUNAM, 2014 Publicación	<1 %
43	Campos Núñez María Guadalupe. "La Estimación de la tasa de filtrado glomerular"	<1 %


 JOSÉ E. PÉREZ M.
 MÉDICO NEFRÓLOGO
 C.M.P. 5547 - R.N.E. 22538
 M.D. SALUD PÚBLICA
 Dr. CIENCIAS DE LA SALUD

en pacientes con obesidad es más exacta mediante la ecuación MDRD 4 ajustada a la superficie corporal que mediante la ecuación no ajustada", TESIUNAM, 2018

Publicación

- | | | |
|-------|---|------|
| 44 | María Fernández García, Elisabeth Coll, Salvador Ventura Pedret, Carmen Bermudo Guitarte et al. "Cistatina C en la evaluación de la función renal", Revista del Laboratorio Clínico, 2011 | <1 % |
| <hr/> | | |
| 45 | Muguerza Lara Anselmo. "Alteraciones metabólicas en pacientes con enfermedad renal crónica", TESIUNAM, 2011 | <1 % |
| <hr/> | | |
| 46 | ikua.iiap.gob.pe
Fuente de Internet | <1 % |
| <hr/> | | |
| 47 | repositorio.tec.mx
Fuente de Internet | <1 % |
| <hr/> | | |
| 48 | revistavive.org
Fuente de Internet | <1 % |
| <hr/> | | |
| 49 | www.derechoecuador.com
Fuente de Internet | <1 % |
| <hr/> | | |
| 50 | www.yumpu.com
Fuente de Internet | <1 % |
| <hr/> | | |
| 51 | moam.info
Fuente de Internet | <1 % |

JOSE E. PEÑEN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 36047 - RNE: 22538
M.E. SALUD PÚBLICA
Dr. CIENCIAS DE LA SALUD

<1 %

52 Fontseré Baldellou, Néstor. "Validación de las ecuaciones predictivas del filtrado glomerular en pacientes adultos con enfermedad renal crónica", Bellaterra Universitat Autònoma de Barcelona, 2008

Fuente de Internet

<1 %

53 digibuo.uniovi.es

Fuente de Internet

<1 %

54 Ruiz Ortega Janoyerena. "Factores asociados a la falta de apego al tratamiento en pacientes diabeticos y/o hipertensos", TESIUNAM, 2007

Publicación

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 5 words

Excluir bibliografía

Activo

JOSE E. PECSÉN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
CUP 38047 - RNE 22538
M. SALUD PÚBLICA
DR. CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, DR. JOSÉ ENRIQUE PECSÉN MONTEZA, Asesor de tesis del trabajo de Investigación de la estudiante, SOTO CRUZADO OSCAR MIGUEL Y VELASQUEZ SAMILLAN RICARDO FELIPE

Titulada:

“Características clínico epidemiológicas de enfermedad renal crónica oculta en pacientes del programa adulto mayor del policlínico Carlos Castañeda Iparraguirre Essalud 2019-2022”.

Luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de 17 % verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo



JOSE E. PECSÉN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
C.M.P. 30047 - R.N.E. 22538
M.E. SALUD PÚBLICA
Dr. CIENCIAS DE LA SALUD

ASESOR: José Enrique Pecsén Monteza
