



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA:

**Frecuencia de hematuria en pacientes atendidos en consulta
externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert desde
mayo 2014 a abril 2019**

AUTOR:

Naranjo Fiallos, Poly Angélica.

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Especialista en Pediatría**

TUTOR:

Bohórquez Velasco, Mónica Edith

Guayaquil, Ecuador

Diciembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Naranjo Fiallos Poly Angélica**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Pediatría**.

TUTOR (A)

f. _____
Bohórquez Velasco, Mónica Edith

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____
Vinces Balanzategui, Linna Betzabeth

Guayaquil, a los 18 del mes de diciembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Naranjo Fiallos, Poly Angélica**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hematuria en pacientes atendidos en consulta externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert desde mayo 2014 a abril 2019**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 18 del mes de diciembre del año 2020

EL AUTOR (A)

f. _____
Naranjo Fiallos, Poly Angélica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Naranjo Fiallos, Poly Angélica**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de hematuria en pacientes atendidos en consulta externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert desde mayo 2014 a abril 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 18 del mes de diciembre del año 2020

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Naranjo Fiallos, Poly Angélica

REPORTE DE URKUND

URKUND

Document Information

Analyzed document Tesis final.doc (D87442560)
Submitted 12/1/2020 9:34:00 PM
Submitted by
Submitter email polly1515@hotmail.com
Similarity 1%
Analysis address posgrados.medicina.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

- | | | |
|----------|--|---|
| W | URL: https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-hematur... Fetched: 2/20/2020 9:40:35 AM | 3 |
| W | URL: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-07/hematuria- Fetched: 11/13/2020 2:58:05 AM | 1 |
| W | URL: https://www.researchgate.net/publication/324119057_Frecuencia_y_manejo_de_hematur... Fetched: 12/1/2020 9:39:00 PM | 2 |

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a mi tutora quien con sus conocimientos, me guió durante el transcurso de la elaboración del trabajo de titulación, para alcanzar las metas propuestas.

A la institución que me brindó la información necesaria para el desarrollo del trabajo.

A Dios por todas las bendiciones recibidas y por permitirme culminar una etapa más de mis objetivos profesionales.

Y finalmente, a mi familia y compañeras por el apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo de titulación a Dios, y a mi familia por su inmenso amor, apoyo incondicional, y contención. Especialmente a mi esposo y padres quienes son el motor de la máquina de todos mis sueños, que finalmente se han convertido en realidad.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Introducción | 2 |
| 2. Desarrollo | 3 |
| 2.1. Epidemiología | 3 |
| 2.2. Definición | 3 |
| 2.3. Fisiopatología | 4 |
| 2.4. Diagnóstico diferencial | 5 |
| 2.5. Diagnostico | 5 |
| 2.5.1. Anamnesis y exploración física | 5 |
| 2.5.2. Manejo practico | 6 |
| 2.6. Pronostico | 6 |
| 3. Objetivo | 8 |
| 3.1. Objetivo general | 8 |
| 3.2. Objetivos específicos | 8 |
| 3.3. Metodología | 8 |
| 4. Resultados | 10 |
| 5. Discusión | 16 |
| 6. Conclusiones | 20 |
| 7. Bibliografía | 21 |

RESUMEN (ABSTRACT)

Introducción: La hematuria constituye uno de los hallazgos más frecuentes, después de las infecciones de vías urinarias y enuresis, que provoca alarma. El mayor número de derivaciones a la consulta externa de nefrología incita a valorar esta condición.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal desde mayo del 2014 a abril del 2019, en los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, referidos con el diagnóstico de hematuria.

Resultados: Se determinó que solo el 24% de los pacientes derivados tenían al menos 1 examen de orina patológico lo que corresponde al 1% de los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología; con edad promedio: 7.99 años; sin diferencias significativas en relación con sexo; dentro de la forma más frecuente se observa a la microhematuria, el 91% de estos pacientes fueron asintomáticos; dentro de los estudios complementarios indispensables en la valoración: el 75.4% no presentaron proteinuria y el 22,3% ecografía normal. Finalmente se observó que el 41,71%. presentó hematuria persistente.

Conclusión: Se determinó que la hematuria es una patología frecuente, ya que se observó en el 1% de los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología; en distribución por edades, sexo y tipos, no se encontró grandes diferencias con relación a lo reportado en otros estudios. Finalmente pudimos determinar que el 41.7% de los pacientes presentó hematuria en 3 exámenes consecutivos de orina lo que obliga a realizar estudios para determinar la evolución del hallazgo.

Palabras Claves: *hematuria, hematuria macroscópica, hematuria microscópica, proteinuria, hematuria persistente, nefropatías.*

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de hematuria puede causar alarma no solo en el paciente, sino también en los padres y los pediatras, quienes frecuentemente se enfrentan a muchos casos.¹⁻² En general, la hematuria está presente en alrededor del 5-6% de la población y en el 4% de los niños en edad escolar. Destacando que la mayoría de los pacientes, tendrán uroanálisis subsecuentes normales.³

La hematuria puede surgir de cualquier parte del tracto urinario, por lo tanto, tiene un extenso diagnóstico diferencial, y su espectro es amplio, desde entidades benignas como ejercicio vigoroso hasta ser signo de presentación de malignidad genitourinaria. Por lo tanto, el médico que la identifica se enfrenta a la decisión de iniciar una investigación con pruebas complementarias, sobre todo para determinar entidades relacionadas con enfermedades subyacentes, susceptibles de cura, previniendo la progresión a insuficiencia renal crónica.⁴⁻⁵⁻⁶

Teniendo en cuenta la evolución que es variable, desde un curso auto limitado benigno hasta Nefropatía e insuficiencia renal y al ser un problema cotidiano, se considera de interés determinar nuestra situación real, ante el mayor número de pacientes derivados a la consulta externa de nefrología, conociendo por lo tanto la frecuencia, y evaluando las condiciones clínicas, factores sociodemográficos, evolución, persistencia y recurrencia.

En vista que ninguna información estadística nacional fue posible obtener y considerando que la sede donde se realizará el estudio es un hospital de referencia nacional, esto nos permitirá caracterizar de manera significativa la hematuria en menores de 18 años.

DESARROLLO

La hematuria es una de las situaciones clínicas más frecuentes por las que un niño es investigado; constituye en uno de los hallazgos más frecuentes en el examen de orina, muchas veces es transitoria, en otras situaciones puede estar asociada a otros síntomas.⁷⁻⁸⁻⁹ El diagnóstico provoca preocupación a los padres e incita a visitar al médico.¹⁰

La mayoría de los autores considera normal la existencia de menos de 3 eritrocitos por campo de alta resolución otros consideran cantidades menores de 5 y algunos menos de 8, esta variabilidad depende del uso de distintos métodos de cuantificación.¹¹

1.1 Epidemiología

La incidencia de la hematuria macroscópica es variable según diferentes publicaciones, y se encuentra en 1,3/1000 consultas. La prevalencia de la hematuria microscópica en los escolares oscila entre el 3 y el 4 %, si se realiza una sola determinación; es inferior al 1 % si se realizan 2 o más determinaciones con intervalo de 1 semana; destacando que su presencia disminuye al 0.14% luego de la quinta muestra de orina consecutiva durante un lapso de 5 años.³⁻¹² Datos como los mencionados, hacen suponer que el descubrimiento de hematuria asintomática en un niño es simplemente una indicación de repetir las pruebas e iniciar estudios adicionales después de que se establezca la persistencia durante un periodo de 2 a 3 semanas.¹³

1.2 Definición

La hematuria se define como la presencia anormal de hematíes en orina. Puede evidenciarse como macrohematuria que es objetivable a simple vista, y microhematuria, que se detecta solo por medio del estudio de una muestra de orina, con la presencia de más 5 hematíes / campo en orina centrifugada o más de 5 hematíes / ul en orina no centrifugada, en 3 muestras

consecutivas tomadas entre 2 a 4 semanas. Así mismo es anormal la lectura de al menos 1 + de sangre en tiras reactivas.⁹⁻¹²⁻¹⁴

El Gold standard para el diagnóstico lo constituye el examen microscópico directo , ya que las tiras reactivas son tan sensibles como el sedimento de orina , ya que pueden detectar 5 - 10 glóbulos rojos / ul , pero resultan en más falsos positivos, debido a que detectan sustancias como la hemoglobina liberada en las anemias hemolíticas o la mioglobina producida durante la rabdomiólisis.¹³⁻¹⁵ El examen microscópico además permite valorar la existencia de otros elementos patológicos en la orina : leucocitos , cilindros , etc. La ausencia de hematíes en el sedimento a pesar de una tira reactiva positiva, nos orienta a pensar en hemoglobinuria o mioglobinuria. ¹⁶

1.3 Fisiopatología

La hematuria puede originarse del glomérulo, túbulos renales e intersticio, o del tracto urinario incluyendo al sistema colector, uréter, vejiga y uretra. En la población pediátrica las fuentes de sangre son casi siempre de origen glomerular, y con menor frecuencia del tracto urinario que es variable en diferentes series de estudios reportados como Greenfield con un 13%. ¹⁵

La hematuria glomerular es causada por la extravasación de glóbulos rojos a través de la pared capilar, secundaria a inflamación, defectos estructurales o estrés tóxico a cualquiera de los componentes de la nefrona; el paso de estos glóbulos rojos a través de la barrera glomerular perpetúa el daño a la nefrona debido a la toxicidad secundaria al estrés oxidativo. El sello de las hematurias glomerulares son los glóbulos rojos dismórficos. ⁷⁻¹⁵

Las causas de sangrado no glomerular pueden ocurrir como resultado de irritación del revestimiento epitelial de cualquier lugar del tracto urinario, por ejemplo secundario a trauma directo por cálculos, infecciones de uretra o vejiga; por lo general sin presencia de cilindros ni glóbulos rojos dismórficos.

¹⁵⁻¹⁷

1.4 Diagnóstico diferencial

Este abarca desde rasgos benignos transitorios o afecciones familiares, insidiosas, crónicas o agudas hasta entidades malignas.¹⁸

Las causas principales de hematuria macroscópica son: causas infecciosas, hipercalciuria idiopática, traumatismo, y otras menos frecuentes como nefrolitiasis, coagulopatía, tumores como el de Wilms y cistitis hemorrágica; tal cual como lo comprueba el estudio Estevez-Capacho 2015.¹⁹ Así mismo puede ser sintomática como asintomática; es menos común que la microhematuria y difiere mucho de lo que ocurre en el adulto especialmente porque las causas malignas no son tan frecuentes.²⁰⁻²¹

Mientras que entre las causas de microhematuria, algunos estudios como el de Basilio, 2017 menciona como las más frecuentes después de la de origen desconocido a la hematuria benigna familiar, síndrome de Alport, hipercalciuria, glomerulonefritis post estreptocócica subclínica, nefrocalcinosis y ectasia renal; mientras que en otro estudio como Berstein 2005 se menciona a la nefropatía IgA y la nefritis membranoproliferativa.²²⁻²³⁻²⁴ Es preciso nombrar otras causas como: ejercicio físico, nefrolitiasis, y anemia de células falciformes.¹⁹

1.5 Diagnóstico

En general está recomendado la evaluación de todo paciente con hematuria confirmada, independientemente de la edad, sexo, o si está asociado o no con algún síntoma. (6) La presencia o ausencia de signos o síntomas, así como otros hallazgos en exámenes complementarios, podría ayudar a localizar la fuente. Podemos destacar la presencia de: edema, hipertensión, niveles anormales de creatinina, anemia, hipoalbuminemia, proteinuria, etc.

10

1.5.1 Anamnesis y exploración física

La historia clínica aportara datos clave que orienten el estudio; teniendo en cuenta la medicación que toma el paciente, así como antecedentes familiares de enfermedad renal o sordera (síndrome de Alport), amigdalitis o

infección cutánea previa. ⁹ La exploración física debe incluir la búsqueda intencionada de hipertensión arterial, arritmias cardíacas, soplos, petequias, masas abdominales, edema, linfadenopatías, pérdida de pelo, así como la exploración de genitales externos y meato uretral. ⁶

1.5.2 Manejo práctico

El paso inicial en el abordaje es la confirmación del hallazgo mediante un estudio microscópico del sedimento urinario; en algunos casos la anamnesis, forma de presentación y exploración física es suficiente para orientarse en las causas, y en otros casos se recurrirá a exámenes complementarios. Diven y Travis en el 2000, propusieron un algoritmo, aplicable a la práctica Clínica. ¹²

Una vez confirmado el hallazgo es importante determinar la morfología de los eritrocitos ya que son de gran ayuda para conocer el origen, aquellos dismórficos, en su mayoría acantocitos indican origen glomerular, siendo importante su diferenciación con los crenados, que han sido hemolizados por cambios en la osmolaridad o en el pH urinario; de aquellos eumórficos que corresponden a la hematuria extraglomerular o urológica. ⁴⁻²⁵

La morfología por lo tanto sirve de guía para los estudios complementarios; en el caso de observar glóbulos rojos isomórficos las técnicas de imágenes se obtienen para identificar anomalías parenquimatosa o lumbinales; el colegio americano de radiología en el 2008 indica la uro tomografía multifase como modalidad optima de acuerdo a la sospecha clinica. ⁴

Dentro de los estudios iniciales de laboratorio para acercarse al diagnóstico tenemos urocultivo, urea, creatinina, aunque algunos autores recomiendan incluso ionograma plasmático, uricosúria y calciuria. El resto de estudio complementarios dependerán de la sospecha clínica. ¹¹

1.6 Pronostico

Pocos estudios han abordado los resultados a largo plazo del hallazgo de hematuria en adolescentes, lo que lleva a la controversia en cuanto a la evaluación, manejo y pronostico. ⁶ Ciertas escuelas como la academia

americana de pediatría recomendaba realizar un examen general de orina entre los 4 y 5 años de edad y otro durante la adolescencia como parte del control rutinario. ¹⁷

A lo largo de la última década, varios estudios han podido determinar que la hematuria en general está asociada a un mayor riesgo de progresión a enfermedad renal crónica.⁵ Vivante 2011, concluye que la presencia de microhematuria aislada persistente en adolescentes y adultos jóvenes se asocia a mayor riesgo de enfermedad Renal crónica, y define a la microhematuria como marcador de injuria glomerular temprana y como primer signo de enfermedad renal oculta, secundaria a la asociación con Nefropatía por IgA, síndrome de Alport ,y enfermedad de la membrana hialina. Considerando que las biopsias renales no suelen ser parte de la evaluación de la hematuria microscópica, es difícil estimar la prevalencia de casos claramente atribuibles a cada categoría de enfermedad y por lo tanto predecir eficazmente el riesgo de enfermedad renal crónica futura.⁶

Ahora la coexistencia de hematuria y proteinuria son signos de enfermedad renal significativa, por lo tanto, se requiere de una evaluación rápida y derivación temprana al nefrólogo. ¹⁰⁻²⁶

Objetivo general

- 1) Determinar la frecuencia de hematuria.

Objetivo específico

1. Describir las características de la población estudiada.
2. Describir el comportamiento clínico de la enfermedad en menores de 18 años al momento de la derivación.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisó el registro de datos con el CIE 10: N02, N33, de los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, y se incluyó a todos los menores de 18 años, durante el periodo comprendido entre abril del 2014 hasta mayo del 2019.

Se revisó las historias clínicas electrónicas de cada paciente que cumplía con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Edad menor a 18 años.
- 2) Hematuria confirmada mediante examen general de orina con la presencia de 5 hematíes.
- 3) Asistentes a la consulta externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Fueron excluidos pacientes:

- 1) Hospitalizados e ingresados por emergencia por hematuria.
- 2) Historias clínicas incompletas.
- 3) Pacientes con diagnóstico previo a la fecha establecida.
- 4) Pacientes con enfermedades conocidas preexistente (glomerulonefritis aguda postestreptocócica, síndrome urémico hemolítico, síndrome nefrótico).

Una vez recolectada la información en una hoja de Microsoft Excel 2019, esta se agrupó en cuadros y gráficos de acuerdo con la distribución de

frecuencia y se calculó porcentajes en base a las siguientes variables de estudio:

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Cuadro clínico.
- 4) Forma clínica de hematuria.
- 5) Estudios de laboratorio.

Resultados

Para el estudio se obtuvo una base de datos de 724 pacientes que fueron derivados a la consulta externa de NEFROLOGÍA con el diagnóstico de hematuria, se eliminaron las historias clínicas duplicadas obteniéndose 652 registros únicos. Posteriormente se evaluó a 175 pacientes que corresponde al 27%, quienes cumplieron con los criterios de inclusión; esto representa el 0.97% de las consultas nefrológicas pediátricas y el 0.01% de las consultas realizadas en el centro hospitalario. (Tabla 1)

Tabla 1 Población de estudio

| | | |
|---|------------------|--------------|
| Atenciones consulta externa (2014 -2019). | 1.466.655 | 100% |
| Atenciones consulta externa nefrología (2014-2019). | 18.091 | 1.23% |
| Pacientes derivados con diagnóstico de hematuria. | 724 | 0,04% |
| Población de estudio. | 175 | 0,01% |

Fuente: Elaboración del autor.

La edad promedio de los pacientes fue de 7.99 años con un rango entre 0 a 17 años. De los 175 pacientes, 80 fueron de sexo femenino (45,71%) y 95 (54,29%) de sexo masculino. (Tabla 2)

Tabla 2 Distribución por sexo

| | N | % |
|------------------|------------|------------|
| Femenino | 80 | 45,71 |
| Masculino | 95 | 54,29 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

Por grupos etarios se encontró la siguiente distribución: lactantes menores: 3 casos (1,71), lactantes mayores: 2 casos (1,1), preescolares: 54 casos (30,8), escolares: 70 casos (40%), adolescentes: 46 casos (26,2%). (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución por edades

| Edad | N | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Lactantes menores | 3 | 1,7 |
| Lactantes mayores | 2 | 1,1 |
| Preescolares | 54 | 30,8 |
| Escolares | 70 | 40 |
| Adolescentes | 46 | 26,2 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

El 70,29 % de los pacientes presentó microhematuria correspondiente a 123 casos y el 29,7% presentó macrohematuria correspondiente a 52 casos. (Tabla 4).

Tabla 4 Formas clínicas de presentación

| | N | % |
|-----------------------|----------|----------|
| Microhematuria | 123 | 70,29 |
| Macrohematuria | 52 | 29,71 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

En relación con la distribución por sexo de acuerdo con las formas clínicas; de los 123 pacientes que presentaron microhematuria, 70 que corresponde al 40% fueron de sexo masculino, y 53 que corresponde al 30% fueron de sexo femenino; mientras que de los 52 pacientes que presentaron macrohematuria, 42 que corresponde al 24% fueron de sexo femenino y 10 correspondientes al 5,7% fueron de sexo masculino. (Tabla 5).

Tabla 5 Distribución de formas clínicas de acuerdo a sexo.

| | | N | % |
|----------------|-----------|-----|-------|
| Microhematuria | Femenino | 53 | 30,28 |
| | Masculino | 70 | 40 |
| Macrohematuria | Femenino | 42 | 24 |
| | Masculino | 10 | 5,7 |
| Total | | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

De los 175 pacientes, 160 correspondientes al 91,4% fueron asintomáticos, versus 15 pacientes correspondientes al 8,5% que presentaron síntomas. (Tabla 6) dentro de los síntomas, en orden de frecuencia de menor a mayor, se observó: pujo, edema, dolor lumbar, polaquiuria, dolor en hipogastrio y disuria. (Tabla 7).

Tabla 6 Síntomas.

| | N | % |
|--------------|-----|------|
| Sintomática | 15 | 8,5 |
| Asintomática | 160 | 91,4 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

Tabla 7 Síntomas.

| | n | % |
|-------------------|----|-------|
| Pujo | 1 | 6,66 |
| Edema | 1 | 6,66 |
| Dolor lumbar | 2 | 13,33 |
| Polaquiuria | 2 | 13,33 |
| Dolor hipogastrio | 4 | 26,67 |
| Disuria | 5 | 33,33 |
| Total | 15 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

Un total de 43 pacientes presento proteinuria en diferentes grados, como se resume en la Tabla 8.

Tabla 8 Frecuencia y porcentaje del grado de proteinuria.

| | N | % |
|------------------|-----|------|
| Normal <10 | 132 | 75,4 |
| Trazas (10 - 29) | 16 | 9,1 |
| + (30 - 99) | 13 | 7,4 |
| ++ (100-299) | 10 | 5,7 |
| +++ (300 - 999) | 4 | 2,2 |
| ++++ > 1000 | 0 | 0 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor

En relación con exámenes complementarios 124 pacientes se realizaron 1 ecografía durante alguno de los controles, de estos 39 tuvieron un reporte normal el resto presentaron alteraciones, entre estas en orden de frecuencia de mayor a menor: residuo postmiccional, dilatación de pelvis renal

unilateral, dilatación de pelvis renal bilateral, alteración corticomedular, litiasis, cistitis, reflujo vesicoureteral, doble sistema colector, quiste renal unilateral. (Tabla 9).

Tabla 9 Hallazgos ecográficos patológicos.

| | N | % |
|--|------------|------------|
| Litiasis renal + residuo postmiccional | 1 | 0,57 |
| Litiasis vesical | 1 | 0,57 |
| Dilatación pielocalicial bilateral. | 1 | 0,57 |
| Escotadura renal unilateral | 1 | 0,57 |
| Quiste renal unilateral | 2 | 1,14 |
| Doble sistema colector | 2 | 1,14 |
| Dilatación piélica + reflujo vesicoureteral. | 3 | 1,71 |
| Cistitis | 4 | 2,29 |
| Litiasis | 5 | 2,86 |
| Alteración corticomedular / aumento de la ecogenicidad | 11 | 6,29 |
| Dilatación pelvis bilateral | 13 | 7,43 |
| Dilatación pelvis unilateral | 14 | 8 |
| Residuo postmiccional | 27 | 15,4 |
| Normal | 39 | 22,3 |
| No ecografía | 51 | 29,1 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor.

Finalmente se recolectaron los datos de hasta 3 exámenes de orina consecutivos de 115 pacientes para determinar el comportamiento del

hallazgo de hematuria; observándose persistencia en 73 que corresponde al 41,71%. (Tabla 10).

Tabla 10 Hematuria.

| | N | % |
|-----------------------|-----|-------|
| < 3 exámenes de orina | 60 | 34,29 |
| Si | 73 | 41,71 |
| No | 42 | 24 |
| Total | 175 | 100 |

Fuente: Elaboración del autor

Discusión

La realización del examen general de orina, prueba de bajo costo y fácil empleo, proporciona información valiosa, que ayuda en la detección, valoración, diagnóstico diferencial y seguimiento de múltiples entidades nefrourológicas.²⁷⁻²⁸

Considerando que algunas nefropatías se desarrollan sin síntomas obvios; y a pesar, que pocas entidades etiológicas tienen progresión a falla renal crónica, en algunos países se han realizado estudios mediante la detección de alteraciones en el examen general de orina, entre estas: hematuria y proteinuria, para determinar su repercusión en la función renal a largo plazo; con el fin de prevenir la enfermedad renal en etapa terminal, la cual se ha convertido en un problema de salud pública.²⁹⁻³⁰

Después de la infección de vías urinarias y enuresis, la hematuria constituye unas de las manifestaciones clínicas que motivan más consultas pediátricas, por su connotación diagnóstica y pronóstica.⁷⁻²⁹ La incidencia y prevalencia establecida en múltiples estudios varía, en relación con el tipo y población estudiada. La mayoría de las investigaciones fueron desarrollados entre los 70 y 80, principalmente en países asiáticos; por lo tanto, la prevalencia actual se desconoce⁷⁻²⁹⁻³¹ Uno de los últimos estudios Hajar 2011, reconoce a la hematuria como una anormalidad prevalente, con un porcentaje del 1.5 %.²⁸

Mientras que la incidencia en algunas poblaciones pediátricas, atendidas en consulta externa en estudios previamente publicados, esta entre el 0,5 al 6%, en nuestro estudio se determinó una frecuencia únicamente del 0.01%, probablemente ya que este último fue realizado en pacientes derivados, y valorados ambulatoriamente.⁷

La academia americana de pediatría recomendó en los 90s, como parte del cuidado del niño sano, un análisis de orina en 4 períodos; posteriormente en el 2000, recomendó realizar un análisis a los 5 años y durante la adolescencia, para finalmente a partir del 2007 eliminarlo por completo, y considerar el inicio del abordaje mediante exámenes complementarios,

posterior a corroborar el hallazgo de hematuria con un segundo examen de orina.³²⁻³³ En contraste con lo que ocurrió en países del medio oriente, como Corea y Taiwán, donde a partir de los 90 se incluye al examen general de orina como parte de los screening en masa, ante el alto porcentaje de hematurias y proteinuria detectados. ³⁴⁻⁴⁴

En nuestro estudio en relación con la edad, observamos una mayor frecuencia en los escolares, con edad promedio: 7,99 años; similar a lo reportado en otras series realizadas en Latinoamérica.⁷⁻¹⁹⁻²²⁻²⁸ En cuanto a la relación hombre: mujer, esta fue de 1:0,84, sin discrepancia con lo informado en estudios como Hajar 2007, Lin 2001; a diferencia de lo evidenciado por Basilio 2017 en el que se observó predominio en el sexo femenino.²²⁻²⁸⁻³⁵

En relación con las formas clínicas, en este estudio el tipo más frecuente fue la microhematuria, al igual que lo observado en otros estudios como el realizado por Estévez 2016 en Bucaramanga, Colombia y Orta 2001 realizado en Valencia, Venezuela.⁷⁻¹⁹ En cuanto a la distribución por sexo se observaron diferencias, ya que en la microhematuria predominó el sexo masculino con el 40%, al igual que lo encontrado por Seyedzadeh 2017 con una frecuencia del 67.8%; mientras en la macrohematuria predominó el sexo femenino con un 24%, a diferencia de los encontrado por Greenfield 2007 donde predominó el sexo masculino con un 80%.²¹⁻³⁶

La evaluación clínica en cualquiera de las formas de hematuria comienza con la historia clínica meticulosa, para determinar signos y síntomas que nos orienten en el diagnóstico.² En la población estudiada el 91,4% fueron asintomáticos, el resto presentaron hematuria junto a disuria, dolor en hipogastrio, polaquiuria, dolor lumbar, edema y pujo al igual que lo que describió Molina 2004 en donde se observó que la hematuria estuvo acompañada de dolor abdominal, y síndrome miccional.³⁷

El siguiente paso en la evaluación de la hematuria, es la búsqueda de proteinuria y la determinación de la morfología de los eritrocitos para determinar el origen.² Respecto a la proteinuria un 75,4% de nuestros pacientes no la presentó, lo que concuerda con lo publicado por Assadi

2005, donde el 71% de sus pacientes presentó niveles de excreción de proteínas dentro de límites normales; y entre los que presentaron proteinuria se encontró una alta prevalencia de Nefropatía IgA, sugiriendo que el screening de rutina para microalbuminuria, es una medida que permite integrar intervenciones terapéuticas, que reduzcan el riesgo de desarrollar enfermedad renal terminal. ³⁸

Así mismo otros estudios han concluido que los pacientes con hematuria microscópica debida a alteraciones glomerulares pueden presentar una evolución de la enfermedad clínicamente significativa acompañada de hipertensión y proteinuria, por lo tanto el seguimiento a largo plazo es obligatorio, así como la aplicación de medidas adecuadas como: control del régimen alimentario, actividad física, considerar tratamiento farmacológico, además de la biopsia renal. ³⁹⁻⁴⁰

Una de las limitaciones más importantes de nuestro estudio fue que no se pudo determinar la morfología del glóbulo rojo, entre isomórficos y dismórfico, ya que este parámetro no se encontraba estandarizado antes del año 2017, en el hospital donde se realizó el estudio y fue a partir del mismo que se integró el parámetro en todos los uroanálisis. Hay estudios donde se ha determinado que la presencia de glóbulos rojos dismórficos tiene un alto valor predictivo positivo para enfermedad glomerular en los pacientes con hematuria microscópica aislada, por lo tanto se recomienda dentro de la evaluación temprana de estos pacientes. Sería interesante determinar la frecuencia del parámetro en estudios subsecuentes. ⁴¹

La necesidad de la evaluación con técnicas de imágenes depende del escenario en el cual la hematuria se presenta, el colegio americano de radiología en el 2018 no recomienda ningún estudio de imagen en el caso que la hematuria no se acompañe de proteinuria o glóbulos rojos dismórficos los cuales son indicativos de daño glomerular, como se ha mencionado en reiteradas ocasiones. ²

Tanto las diferentes técnicas de imágenes como las pruebas de laboratorio se indican para excluir anomalías estructurales o lesión renal aguda.

Dentro de los métodos diagnósticos de imágenes, la modalidad de elección es el ultrasonido renal, por su gran utilidad, inocuidad y bajo costo; excepto en el contexto del trauma, en el que se prefiere a la tomografía helicoidal.¹⁴⁻¹⁵⁻⁴² En nuestro estudio, el 22,3% de los pacientes tuvieron una ecografía dentro de parámetros normales, seguido por aquellos con anomalías entre estas: litiasis (2,8%), alteración corticomedular y/o aumento de la ecogenicidad (4%), dilatación de pelvis renal unilateral o bilateral (15,43) y finalmente residuo postmiccional (15,4%) entre las más frecuentes; ligeramente similar a lo encontrado en el estudio de Park 2005 en el que se mencionan dentro de las más frecuentes al incremento de la ecogenicidad del parénquima renal, y Cho2013 en el que se menciona al fenómeno de cascanueces y aumento de la ecogenicidad renal; a diferencia de lo encontrado por Greenfield 2007, en donde se observó: reflujo, litiasis, obstrucción ureteropielica, obstrucción ureterovesical y ureterocele.²¹⁻³⁴⁻⁴⁴

Finalmente, el 65,7 % de los pacientes tuvieron 3 muestras consecutivas de orina, donde se determinó que el 41,7% presentó más de 5 hematíes/campo en todas las muestras y por lo tanto se los definió como casos persistentes. En relación con la hematuria persistente esta descrito en la literatura un porcentaje de hasta un 0.25% en la población general.⁴³ Yi-Hui Zhai 2007 encontró, en el 5% de su población de estudio, anomalías en el primer examen de orina, entre hematuria y proteinuria, y de estos solo el 1% presentó las alteraciones antes mencionadas en el segundo screening.³⁰ Cabe resaltar que este estudio se llevó a cabo en la población general, y el nuestro fue realizado en pacientes derivados a la consulta por el hallazgo de hematuria, por lo tanto se trata de pacientes enfermos, lo que nos hace inferir el mayor porcentaje de persistencia. Y aunque la mayoría de las veces las causas de la hematuria persistente son idiopáticas, es necesario el seguimiento por al menos dos meses, para descartar las causas más frecuentes como: hipercalciuria con o sin cálculos renales, infecciones del tracto urinario, malformaciones del tracto urinario, síndrome de Alport y finalmente nefropatía IgA.⁴³

CONCLUSIONES

La hematuria en pediatría constituye un problema no solo para los padres sino también para los médicos, quienes inician el abordaje o refieren al especialista (nefrólogo), ante la preocupación de determinar causas susceptibles de tratamiento y evitar una evolución desfavorable, a pesar del hallazgo de una única muestra de orina alterada. El reconocimiento temprano de las complicaciones y derivación al especialista cuando este indicado es clave para el manejo de estos paciente.

Este estudio provee información acerca de los pacientes derivados a la consulta externa de nefrología por el hallazgo de hematuria, determinando que únicamente el 24%, tenían un examen de orina patológico para iniciar abordaje; infiriendo su relación con causas transitorias, hematurias falsas/ficticias, o mala técnica en la recolección de la muestra. Así mismo al observar que estos pacientes corresponden al 1% de todas las consultas en nefrología, se considera que es una patología frecuente.

En referencia a la distribución por edades, sexo y tipos, no se encontró grandes diferencias con relación a lo descrito en la literatura, así como en lo reportado por estudios a nivel mundial.

Finalmente pudimos determinar que el 41.7% de los pacientes presentó hematuria en 3 muestras consecutivas de orina, lo que nos llamó la atención y nos invita a recomendar estudios de seguimiento para determinar las causas más frecuentes y ver el impacto en la función renal y desarrollo de estos pacientes; y poder incluir dentro de las políticas de salud al examen de orina como screening de rutina.

REFERENCIAS

1. Patel, H. P., & Bissler, J. J. (n.d.). PEDIATRIC Urology hematuria in children.
2. Dillman, J. R., Rigsby, C. K., Iyer, R. S., Alazraki, A. L., Anupindi, S. A., Brown, B. P., Chan, S. S., Dorfman, S. R., Falcone, R. A., Garber, M. D., Nguyen, J. C., Peters, C. A., Safdar, N. M., Trout, A. T., & Karmazyn, B. K. (2018). ACR Appropriateness Criteria® Hematuria-Child. *Journal of the American College of Radiology*, 15(5). <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2018.03.022>
3. Ashraf, M., Parray, N., Malla, R., Rasool, S., & Ahmed, K. (2013). Hematuria in Children. *International Journal Of Clinical Pediatrics*, 2(2), 51-60.
4. Niemi, M. A., & Cohen, R. A. (2015). Evaluation of microscopic hematuria: a critical review and proposed algorithm. *Advances in chronic kidney disease*, 22(4), 289–296. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2015.04.006>
5. Orlandi, P. F., Fujii, N., Roy, J., Chen, H. Y., Lee Hamm, L., Sondheimer, J. H., He, J., Fischer, M. J., Rincon-Choles, H., Krishnan, G., Townsend, R., Shafi, T., Hsu, C. Y., Kusek, J. W., Daugirdas, J. T., Feldman, H. I., & CRIC Study Investigators (2018). Hematuria as a risk factor for progression of chronic kidney disease and death: findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *BMC nephrology*, 19(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0951-0>
6. Vivante, A., Afek, A., Frenkel-Nir, Y., Tzur, D., Farfel, A., Golan, E., Chaïter, Y., Shohat, T., Skorecki, K., & Calderon-Margalit, R. (2011). Persistent asymptomatic isolated microscopic hematuria in Israeli adolescents and young adults and risk for end-stage renal disease. *JAMA*, 306(7), 729–736. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1141>
7. Orta, Nelson, Sanna, Victor, Moriyón, Juan C., de Orta, Sioly, Domínguez, Luis, Zibaoui, Patricia, Polanco, Nery, Navas, Adriana, Colina, María, & Coronel, Valerio. (2001). Hematuria en niños: analysis of aetiology and characteristics in a national reference centre,

- Valencia, Venezuela análisis de la casuística en un centro de referencia nacional. Valencia, Venezuela. Revista chilena de pediatría, 72(2), 92-99. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200003>
8. BIDEGAIN S., MARÍA ANTONIA. (1999). Enfoque de la hematuria en pediatría. Revista chilena de pediatría, 70(4), 332-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000400012>
 9. Tauler Girona, M. C. (2013). Hematuria, proteinuria: Actitud diagnóstica. *Pediatría Integral*, 17(6).
 10. Chung H-M, Liao Y-M, Tsai Y-C, Liu M-C. (2011) Microscopic hematuria in children. *Urological Science*, 22(3), 93-96
 11. Martínez, E. L., Peñacoba, M. J., Tello, S. D., Manzano Peña, M. T., Villaverde, M. V., & Blanco, P. R. (2001). Manejo de la hematuria microscópica asintomática. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 27(5). [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(01\)73954-8](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(01)73954-8)
 12. Cara, G. M., & Peña, A. (2009). Hematuria. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(2), 61–69. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)71094-7](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71094-7)
 13. Diven, S. C., & Travis, L. B. (2000). A practical primary care approach to hematuria in children. *Pediatric Nephrology*, 14(1). <https://doi.org/10.1007/s004670050017>
 14. Iceta, A., & Hualde, J. (2014). Abordaje diagnóstico de la microhematuria. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6). [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(14\)70212-4](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(14)70212-4)
 15. Davis, T. K., & Hmiel, P. (2015). Pediatric hematuria remains a clinical dilemma. In *Clinical Pediatrics* (Vol. 54, Issue 9, pp. 817–830). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0009922814551137>
 16. Ubetagoyena M. (2011) Hematuria microscópica. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de pediatría* ,43 (9)
 17. Meyers, K. E. C. (2004, August). Evaluation of hematuria in children. *Urologic Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2004.04.015>

18. Lunn, A., & Forbes, T. A. (2018, July 1). Haematuria and proteinuria in childhood. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*. Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2018.04.006>
19. Estevez-Capacho, M. A., Moreno-Diaz, N. X., & Martinez-Caceres, L. E. (2015). Characterization of hematuria in pediatric patients treated at a pediatric care clinic in Bucaramanga, Santander, Colombia/Caracterización de la hematuria en pacientes pediátricos atendidos en una clínica de atención pediátrica en Bucaramanga, Santander, Colombia/A caracterização da hematuria nos pacientes pediátricos ... *MedUNAB*, 18(3), 174+.
20. Peterson, L. M., & Reed, H. S. (2019). Hematuria. *Primary Care*, 46(2), 265-273. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.02.008>
21. Greenfield, S. P., Williot, P., & Kaplan, D. (2007). Gross Hematuria in Children: A Ten-Year Review. *Urology*, 69(1). <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.10.018>
22. Babilio, B., & Burgos, M. (2017). Características Clínicas y Epidemiológicas de la Microhematuria Asintomática Aislada Persistente (MHAAP) en Pacientes Pediátricos, Servicio de Nefrología del Hospital De Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera. *Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X*, 36(2).
23. Bergstein, J., Leiser, J., & Andreoli, S. (2005). The clinical significance of asymptomatic gross and microscopic hematuria in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(4). <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.4.353>
24. Gabriela Chacón Hernández*. (2015). Hematuria. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII* , 614(75), 77-81.
25. Laso, M. del C. (2002). Interpretación del análisis de orina. *Arch. Argent. Pediatr*, 100(2).
26. Kishore D Phadke. (2006). Declaración de consenso sobre la evaluación de la hematuria. *Indian Pediatric Nephrology G*, 43:965-973.
27. López Muñoz, J. D. J. D., Domínguez, C. R. B., Trejo, E. D., Escobar Henríquez, J. B. H., Ruíz, J. F. R., Ortega Planell, C. B., ... & Domínguez, A. L. R. (2010). Alteraciones en el examen general de

- orina en los alumnos de nuevo ingreso de la Universidad Veracruzana. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 11-15.
28. Hajar, F., Taleb, M., Aoun, B., & Shatila, A. (2011). Dipstick urine analysis screening among asymptomatic school children. *North American journal of medical sciences*, 3(4), 179.
29. Moreno, J. A., Yuste, C., Gutiérrez, E., Sevillano, Á. M., Rubio-Navarro, A., Amaro-Villalobos, J. M., ... & Egido, J. (2016). Haematuria as a risk factor for chronic kidney disease progression in glomerular diseases: A review. *Pediatric nephrology*, 31(4), 523-533.
30. Zhai, Y. H., Xu, H., Zhu, G. H., Wei, M. J., Hua, B. C., Shen, Q., ... & Ge, J. (2007). Efficacy of urine screening at school: experience in Shanghai, China. *Pediatric Nephrology*, 22(12), 2073-2079.
31. Kovačević, Z., Jovanović, D., Rabrenović, V., Dimitrijević, J., & Djukanović, J. (2008). Asymptomatic microscopic haematuria in young males. *International journal of clinical practice*, 62(3), 406-412.
32. Cohen, R. A., & Brown, R. S. (2003). Microscopic hematuria. *New England Journal of Medicine*, 348(23), 2330-2338.
33. Primack, W. (2010). AAP does not recommend routine urinalysis for asymptomatic youths. *AAP News*, 31(12), 16.
34. Park, Y. H., Choi, J. Y., Chung, H. S., Koo, J. W., Kim, S. Y., Namgoong, M. K., ... & Lee, S. J. (2005). Hematuria and proteinuria in a mass school urine screening test. *Pediatric Nephrology*, 20(8), 1126-1130.
35. Lin, C. Y., Hsieh, C. C., Chen, W. P., Yang, L. Y., & Wang, H. H. (2001). The underlying diseases and follow-up in Taiwanese children screened by urinalysis. *Pediatric nephrology*, 16(3), 232-237.
36. Seyedzadeh, A., Tohidi, M. R., Amiry, R., Seyedzadeh, M. S., & Hookary, S. (2017). Outcome of children with isolated microscopic hematuria without renal biopsy. *Journal of Renal Injury Prevention*, 6(4), 289-291.
37. Molina, M. M., del Rosal, E. H. B., Blanco, J. G., & Moñino, J. A. Hematuria macroscópica: revisión clínico-epidemiológica. Años 1991-2000.

38. Assadi, F. K. (2005). Value of urinary excretion of microalbumin in predicting glomerular lesions in children with isolated microscopic hematuria. *Pediatric Nephrology*, 20(8), 1131-1135.
39. Bensman, A., & Dunand, O. (2012). Proteinuria, hematuria y anomalías de la coloración de la orina. *EMC-Pediatría*, 47(4), 1-7.
40. Bergstein, J., Leiser, J., & Andreoli, S. (2005). The clinical significance of asymptomatic gross and microscopic hematuria in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(4), 353-355.
41. Fogazzi, G. B., Edefonti, A., Garigali, G., Giani, M., Zolin, A., Raimondi, S., ... & Messa, P. (2008). Urine erythrocyte morphology in patients with microscopic haematuria caused by a glomerulopathy. *Pediatric nephrology*, 23(7), 1093-1100.
42. Hidalgo, M., & de Cea, J. M. (2014). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en nefrología pediátrica. *Asociación Española de Pediatría*, 14(1).
43. Kallash, M., & Rheault, M. N. (2020). Approach to persistent microscopic hematuria in children. *Kidney360*.
44. Cho, B. S., Hahn, W. H., Cheong, H. I., Lim, I., Ko, C. W., Kim, S. Y., ... & Suh, J. S. (2013). A nationwide study of mass urine screening tests on Korean school children and implications for chronic kidney disease management. *Clinical and experimental nephrology*, 17(2), 205-210.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Naranjo fiallos, Poly Angélica**, con C.C: # 0930054184 autor/a del trabajo de titulación: **Frecuencia de hematuria en pacientes atendidos en consulta externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert desde mayo 2014 a abril 2019**, previo a la obtención del título de **Especialista en pediatría** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 18 de diciembre de 2020

f. _____

Nombre: **Naranjo Fiallos, Poly Angélica.**

C.C: **0930054184**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|--|--|-------------------------------|----|
| TEMA Y SUBTEMA: | Frecuencia de hematuria en pacientes atendidos en consulta externa de nefrología del Hospital Roberto Gilbert desde mayo 2014 a abril 2019 | | |
| AUTOR(ES) | Poly Angélica Naranjo Fiallos | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Mónica Edith Bohórquez Velasco | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Ciencias medicas | | |
| CARRERA: | Medicina | | |
| TITULO OBTENIDO: | Especialista en pediatría | | |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Trastornos urinarios, | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 18 de diciembre de 2020 | No. DE PÁGINAS: | 25 |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Hematuria, hematuria macroscópica, hematuria microscópica, proteinuria, hematuria persistente, nefropatías. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): | <p>Introducción: La hematuria constituye uno de los hallazgos más frecuentes, después de las infecciones de vías urinarias y enuresis, que provoca alarma. El mayor número de derivaciones a la consulta externa de nefrología incita a valorar esta condición. Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal desde mayo del 2014 a abril del 2019, en los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, referidos con el diagnóstico de hematuria. Resultados: Se determinó que solo el 24% de los pacientes derivados tenían al menos 1 examen de orina patológico lo que corresponde al 1% de los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología; con edad promedio: 7.99 años; sin diferencias significativas en relación con sexo; dentro de la forma más frecuente se observa a la microhematuria, el 91% de estos pacientes fueron asintomáticos; dentro de los estudios complementarios indispensables en la valoración: el 75.4% no presentaron proteinuria y el 22,3% ecografía normal. Finalmente se observó que el 41,71% presentó hematuria persistente. Conclusión: Se determinó que la hematuria es una patología frecuente, ya que se observó en el 1% de los pacientes atendidos en la consulta externa de nefrología; en distribución por edades, sexo y tipos, no se encontró grandes diferencias con relación a lo reportado en otros estudios. Finalmente pudimos determinar que el 41.7% de los pacientes presentó hematuria en 3 exámenes consecutivos de orina lo que obliga a realizar estudios para determinar la evolución del hallazgo.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-988612521 | E-mail: polly1515@hotmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | Nombre: Dra. Linna Vinces | | |
| | Teléfono: +593-987165741 | | |
| | E-mail: linna.vinces@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |