

Estudio de algunas variables relacionadas con el reflujo vésico-ureteral primario

Dra. María Eugenia Martínez Ibañez (1), Dr. Jorge Ruiz Sarmiento (2), Dra. Mercedes Ravelo González (3), Dra. Caridad Ulloa Espinosa (4).

RESUMEN

Se realizó una investigación estadística observacional descriptiva para conocer el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas, relacionadas con los pacientes pediátricos afectados de R.V.U Primario en el Hospital General Provincial Docente de Morón durante el año 1993. El universo estuvo constituido por todos, en pacientes pediátricos con diagnóstico de R.V.U. Primario ingresados en la Sección de Pediatría del mencionado hospital. El 92,86% de los niños estudiados comprendieron el sexo femenino y la edad de mayor afectación fue la de 1 a 4 años predominando la raza blanca. La infección urinaria persistente fue la situación que más frecuentemente motivó la sospecha diagnóstica y los eutróficos, los más afectados. El 50% de los pacientes estudiados presentaron R.V.U. Grado II según evaluación radiológica y el 85,70% de los niños fueron tributarios de tratamiento médico exclusivo.

Palabras clave: REFLUJO VESICO-URETERAL, INFECCION URINARIA, EUTROFICOS

- (1) Especialista de Primer Grado en Pediatría
- (2) Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesor Instructor
- (3) Especialista de Primer Grado en Neonatología. Profesor Instructor
- (4) Especialista de Primer Grado en Neonatología. Profesor Instructor

INTRODUCCION

Las infecciones del tracto urinario ocupan un lugar cimero dentro de las afecciones pediátricas, de ahí la importancia de la prevención, estudio y tratamiento curativo de estas en el niño.

La sepsis urinaria ocurre en un 5% o más de la población infantil (1). Como causa-efecto fundamental encontramos en esta patología el reflujo vésico-ureteral (R.V.U.) es por ello que dedicamos nuestra investigación al estudio de los pacientes con infección urinaria comprobada mediante cultivos en la búsqueda de esta afección.

El reflujo vésico-ureteral, es el trastorno en el cual la orina regurgita de la vejiga hacia el uréter por afección de la válvula vésico-ureteral.

Universalmente se ha comprobado que los pacientes portadores de R.V.U. cuyo diagnóstico o tratamiento médico y/o quirúrgico no han sido oportunos, sufren de afecciones renales crónicas y en ocasiones ocurren desenlaces fatales, con repercusión social y económica, debido a ello es que se hace necesario que el personal dedicado a la clínica pediátrica tenga en cuenta esta patología en el estudio de la infección urinaria.

METODO

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes pediátricos con el diagnóstico de reflujo vésico-ureteral primario, ingresados en los servicios de pediatría del Hospital de Morón durante el año 1993.

La técnica de recolección de la información fue la encuesta y de acuerdo a los objetivos propuestos se confeccionó un cuestionario de datos primarios (anexos), los datos fueron recogidos de las historias clínicas del hospital.

Los datos se procesaron manualmente y se realizó validación y computación de los mismos. Como medida de resumen de la información se usaron los (%).

Los resultados se presentan a través de tablas para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

RESULTADO Y DISCUSION

Al relacionar el sexo con la presencia de R.V.U. Primario, comprobamos que, en los catorce pacientes estudiados, trece de ellos fueron del sexo femenino, lo que corresponde al 92,86% de los casos y solo uno fue varón para un 7,14%, el R.V.U. Primario se diagnostica con mayor frecuencia en la hembra que en el varón, si consideramos que la infección urinaria es más común en las niñas. Varios autores han encontrado similares resultados con una incidencia del sexo femenino sobre el masculino. (3,4,5,6).

Cuando analizamos la edad de los pacientes estudiados con el R.V.U. Primario, nos resultó más frecuente esta entidad en el grupo de niños de cuatro años, presentándose doce casos para un 85,70%, por supuesto las manifestaciones clínicas del R.V.U. Primario comienzan a ser evidentes después del primer año y es entonces cuando se realizan los estudios radiológicos para el diagnóstico. Estudios realizados en Filadelfia (9) y Texas (10) obtuvieron similares resultados. En cuanto al color de la piel encontramos doce niños de piel blanca, 85,70%, dos niños de la raza mestiza y no aparece ningún niño de piel negra. Durante un período de diez años se realizó un estudio en los EE.UU. (11), en el cual predominó la raza blanca. Corresponden estos resultados a la composición étnica de nuestro territorio puesto que no hemos encontrado relación entre dicha enfermedad y el color de la piel.

En la tabla No. 4 la infección urinaria persistente fue la causa más importante que llevó a consulta a los niños en los que diagnosticamos R.V.U. Primario correspondiéndose con diez casos para un 71,43%, sin embargo, en nuestro único varón estudiado se sospechó esta enfermedad desde la primera sepsis y así se diagnosticó. En 1993 se realizaron algunas investigaciones (9,12), donde la sepsis urinaria persistente fue la causa que motivó el diagnóstico, Balzar y Cols (3) demuestran un 70% de sus casos con R.V.U., después de padecer de sepsis urinaria recurrente.

De los niños estudiados con esta afección podemos observar que en su mayoría se consideran eutróficos reportándose doce casos 85,70% sin encontrar mal nutridos en nuestra investigación. En 1992 en los EE.UU. de un total de 87 niños estudiados todos fueron eutróficos, consideramos que la no afección del estado nutricional está en relación con la nefropatía por reflujo o el grado de cicatrización renal que presentan estos niños. En la tabla No. 6 encontramos siete pacientes comprendidos en el Grado II 50% y la menor cantidad entre los Grados III y IV para un 7,14% respectivamente.

El diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de esta enfermedad nos ha permitido encontrar mayor número de niños con R.V.U. Primario Grados I y II, similares resultados fueron reportados por otros autores (8,10,13)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Waldo E, Nelson MD. Tratado de pediatría. V. 2. Philadelphia, Pennsylvania. 1988.
2. Greenfield SP, Afshani E. Vesico-ureteral reflux in children with and without a history of urinary tract infection: a comparative analysis. Urology 1992. Oct;40:339-42.
3. Balzar E, Steger H, Frenzl K, Ponhold W. Importance of early diagnosis of urinary tract infection in childhood. Results of a retrospective study of children with vesico-uretero-renal reflux. Wien Med Wocheschr 1991;141(23-24):541-3.

4. Smillie JM, Tamminen-Mobiust, Obling H, Claesson I, Wikstad I, Jodal V, et al. Five-year study of medical or surgical treatment in children with severe reflux: radiological renal findings. The international reflux study in children. *Pediatr Nephrol* 1992 May;6(3):223-30.
5. Steele BT, De Haria J. A new perspective on the natural history of vesicoureteric-reflux. *Pediatrics* 1992 Jul;90(1 Pt 1):30-2.
6. Rodríguez Pérez N. Morbilidad por reflujo ureteral en niños ingresados en las salas pediátricas del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola". Ciego de Avila: Facultad de Ciencias Médicas, 1994.
7. Tereschenko AV, Seimiuskii DA, Kolesnikov GF, Bagdasarova IV, Rudenko AV, Peterburgskii VF, et al. The conservative treatment of children with vesico-ureteral reflux. *Urolnefrol Mosk* 1991 Mar-Apr;(2):24-28.
8. Nikolaic V, Bogdanovic R, Cvoric A, Ognjanovic M. Drug therapy of vesico ureteral reflux in children. *Srp Arh Celok lek* 1991 Jul-Aug;119(7-8):185-9.
9. Duckett JM, Weiss R. Surgical results: international reflux study in children. United States branch. *J Urol* 1992 Nov;148(5 pt 2):1674-5.
10. Aranf BS. Medical management of mild and moderate vesicoureteral reflux: follow-up studies of infants and young children. A preliminary report of the southwest Pediatric Nephology Study Group. *J Urol* 1992 Nov;148(5 pt 3):1683-7.
11. Skoog SI, Belman AB. Primary vesicoureteral reflux in the black child. *Pediatrics* 1991 Apr;87(4):538-4.
12. Golddraich NP, Golddraich IH. Follow-up of conservatively treated children with high and low grade vesicoureteral reflux: a prospective study. *J Urol* 1992 Nov;148(5 pt 2):1688-92.
13. Paltiel HJ, Rupic RC, Kiruluta HG. Enhanced detection of vesicoureteral reflux in infants and children with use of cyclic voiding cystourethrography. *Radiology* 1992 Sep;184(3):753-5.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes pediátricos afectados de reflujo vésico ureteral primario según sexo. Hospital General Provincial Docente Morón. Año 1993.

Sexo	No.	%
Masculino	1	7,14
Femenino	13	92,86
Total	14	100,00

Tabla No. 2. Distribución de pacientes con RVU primario según grupos de edad.

Grupos de edad	No.	%
De 1 mes a 11 meses	2	14,28
De 1 año a 2 años	6	42,85
De 3 años a 4 años	6	42,85
Mayores de 4 años	0	0
Total	14	100,00

Tabla No. 3. Distribución de pacientes con RVU primario según color de la piel.

Color de la piel	No.	%
Blanca	12	85,70
Negra	0	0
Mestiza	2	14,30
Total	14	100,00

Tabla No. 4. Distribución de pacientes con RVU primario según sospecha diagnóstica.

Sospecha diagnóstica	No.	%
Infección urinaria persistente	10	71,43
Infección urinaria recurrente	3	21,43
Primera infección urinaria	1	7,14
Total	14	100,00

Tabla No. 5. Distribución de pacientes con RVU primario según estado nutricional.

Estado nutricional	No.	%
Eutrófico	12	85,70
Delgado	2	14,30
Malnutrido por defecto	-	-
Total	14	100,00

Tabla No. 6. Distribución de pacientes con RVU primario según intensidad del reflujo vésico-ureteral primario.

Intensidad del reflujo	No.	%
Grado I	3	21,43
Grado II	7	50,00
Grado III	1	7,14
Grado IV	1	7,14
Grado V	2	14,30
Total	14	100,00

Tabla No. 7. Distribución de pacientes con RVU Primario según tipo de tratamiento.

Tipo de tratamiento	No.	%
Médico	12	85,70
Quirúrgico	2	14,30
Total	14	100,00