

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica. Una
mirada desde la perspectiva del médico familiar.**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Bronia De Fátima Cadenas Pérez

Directores:

Dra. en Cs María Isabel Avalos García

Dr. en Cs. Heberto Romeo Priego Álvarez

M. en C. Ricardo González Anoya

Villahermosa, Tabasco.

Diciembre 2020



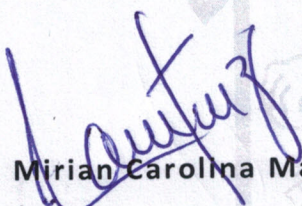
Of. No. 0089/DACS/JAEP
28 de enero de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Bronia de Fátima Cadenas Pérez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Mtra. Rosario Zapata Vázquez, Med. Fam. José Hipólito Garciliano Sánchez, Mtra. Griselda Hernández Ramírez, Dr. Elías Hernández Cornelio, Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego, impresión de la tesis titulada: "**Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica. Una mirada desde la perspectiva del médico familiar**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. en Cs. María Isabel Avalos García y el M. en C. Ricardo González Anoya.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. en Cs. María Isabel Avalos García.- Directora de tesis
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Director de Tesis
C.c.p.- Mtra. Rosario Zapata Vázquez.- sinodal
C.c.p.- Med. Fam. José Hipólito Garciliano Sánchez.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Griselda Hernández Ramírez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/mgcc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:00 horas del día 28 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica. Una mirada desde la perspectiva del médico familiar"

Presentada por el alumno (a):

Cadenas	Pérez	Bronia de Fátima
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula

1	8	1	E	5	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. en Cs. María Isabel Avalos García
M. en C. Ricardo González Anoya
Directores de Tesis

Mtra. Rosario Zapata Vázquez

Med. Fam. José Hipólito Garciliano Sánchez

Mtra. Griselda Hernández Ramírez

Dr. Elías Hernández Cornelio

Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



2020
LEONA VICARIO

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 07 del mes de enero del año 2021, el que suscribe, **Bronia de Fátima Cadenas Pérez**, alumna del programa de la especialidad en medicina familiar, con número de matrícula 181E50002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica. Una mirada desde la perspectiva del médico familiar**", bajo la Dirección de la Dra. C.S. María Isabel Avalos García, el Dr. C.S. Heberto Romeo Priego Álvarez y el M. en C. Ricardo González Anoya, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: dra.broniacadenas@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Bronia

Bronia de Fátima Cadenas Pérez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me ha permitido concluir una tesis más, en este camino que él me ha regalado en mi profesión, por la vida que me ha dado y las fuerzas para poder lograrlo. Gracias padre porque siempre caminas a mi lado.

A la Dra. María Isabel Ávalos y Dr. Ricardo González Anoya, por su gran apoyo, paciencia y por la experiencia que me dejan en la realización de esta tesis, la cual disfruté mucho.

A todos mis profesores y compañeros de residencia, por transmitirme sus conocimientos, sugerencias y el ánimo a no rendirme.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y al Instituto Mexicano del Seguro Social por darme la oportunidad de realizar mi formación como médico especialista en medicina familiar durante estos tres años.

A los médicos familiares que me regalaron un momento de su valioso tiempo para obtener los datos necesarios para esta investigación, por sus porras, por expresar su interés en el tema.



DEDICATORIAS

Con mucho cariño dedico esta segunda tesis en mi vida profesional a mi esposo, por ser paciente, comprensible, atento durante este proceso, por emocionarse conmigo y cansarse conmigo, muchas gracias amor.

A mis padres que han sido los pilares en mi vida, quienes confían ciegamente en mí y me alientan a no desistir. Gracias por enseñarme a ser perseverante en mis metas, que todo en esta vida con dedicación y esfuerzo se puede lograr. Gracias por sus dobles esfuerzos para apoyarme en mi carrera y en lo demás de mi vida. Los amo con todo mi corazón.

A mi hermano por apoyarme y por estar siempre a mi lado. Te amo nunca lo olvides.

A mis demás seres queridos, a quienes se han ido y para los que aún continúan. Gracias por sus buenos deseos, por acompañarme en esta aventura de mi vida.



INDICE

TABLAS Y FIGURAS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
GLOSARIO	VIII
ABREVIATURAS	X
1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Generalidades de la enfermedad renal crónica	3
2.2. Generalidades de la calidad y calidad en salud.	7
2.3 Marco referencial.....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. JUSTIFICACIÓN	18
5. OBJETIVOS	19
5.1 General:.....	19
5.2 Específicos:	19
6. MATERIAL Y MÉTODOS	20
6.1Tipo de investigación:	20
6.2 Universo	20
6.3 Tamaño de la muestra.....	20
6.4 Criterios de inclusión y exclusión:	20
6.5 Método e instrumento de recolección de datos	21
6.6 Análisis de datos.	22
6.7 Consideraciones Éticas.	22
7. RESULTADOS	24
7.1 Perspectivas sobre la calidad en el médico familiar	24
7.2 Perspectivas sobre la estructura existente para la atención en ERC.....	25
7.3 Perspectivas sobre el proceso de la atención en ERC	27
7.4 Perspectivas sobre resultados de la atención en ERC.....	29
7.5 Expectativas y sugerencias para mejorar la calidad de la atención.....	30



8.	DISCUSIÓN	32
9.	CONCLUSIONES	37
10.	RECOMENDACIONES	38
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
12.	ANEXOS	44

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



TABLAS Y FIGURAS

Tabla/ Gráfico	Título	Página
Gráfico 1	Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre la calidad en la atención en enfermedad renal crónica.	25
Gráfico 2	Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre la estructura de la atención en enfermedad renal crónica.	27
Gráfico 3	Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre el proceso de la atención en enfermedad renal crónica	28
Gráfico 4	Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre los resultados de la atención en enfermedad renal crónica.	30

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Introducción. La visión del médico en la atención de la enfermedad renal crónica es de gran relevancia para conocer el panorama actual de la calidad, considerando aquellas áreas de oportunidad de mejora que permitan la creación de estrategias en beneficio de los pacientes.

Objetivo. Analizar las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar, IMSS Tabasco.

Material y método. Se realizó investigación cualitativa, de tipo exploratoria en 12 médicos familiares que dan atención directa a los pacientes con ERC. Para obtener las perspectivas de calidad, se trabajó con 2 grupos focales, se utilizó guía de entrevista con preguntas detonadoras. Para el análisis de los datos, se empleó el software MAXQDA versión 12 para estudios cualitativos.

Resultados. Relacionado con la estructura para la atención, se observó falta de material y equipo para el médico, accesibilidad a análisis de laboratorio y recursos humanos en psicología y nefrología. En el proceso de atención se observó falta de vinculación con 2° nivel a través del expediente clínico, lo que obstaculiza el manejo y seguimiento a través de notas médicas y contra referencias. En lo que respecta a resultados se destaca la falta de adherencia del paciente y el no apoyo de la familia en el control de la enfermedad.

Conclusión. Las perspectivas de los médicos familiares permitieron descubrir problemas considerados como áreas de oportunidad que son una clave para mejorar la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención.

Palabras Claves: Calidad, Enfermedad renal crónica, perspectivas



ABSTRACT

Quality perspectives of the family doctor in the care of patients with chronic kidney disease in a family medicine unit, IMSS Tabasco.

Introduction. The vision of the doctor in the care of chronic kidney disease is of great relevance to know the current panorama of quality, considering those areas of opportunity for improvement that allow the creation of strategies for the benefit of patients.

Objective. To analyze the quality perspectives of the family doctor in the care of patients with chronic kidney disease in a family medicine unit, IMSS Tabasco.

Material and method. Qualitative, exploratory research was carried out in 12 family doctors who provide direct care to patients with CKD. To obtain quality perspectives, we worked with 2 focus groups, an interview guide with triggering questions was used. For data analysis, MAXQDA version 12 software was used for qualitative studies.

Results. Related to the care structure, there was a lack of material and equipment for the doctor, accessibility to laboratory analysis and human resources in psychology and nephrology. In the care process, a lack of connection with the 2nd level was observed through the clinical record, which hinders the management and follow-up through medical notes and against references. Regarding results, the lack of adherence of the patient and the lack of support from the family in controlling the disease stand out.

Conclusion. The perspectives of family doctors allowed discovering problems considered as areas of opportunity that are a key to improving the quality of health services at the first level of care.

Key Words: Quality, Chronic kidney disease, perspectives



GLOSARIO

- Perspectivas:** Punto de vista en el que se analiza un asunto.
- Perspectivas de calidad:** Lo que el médico piensa, siente y espera acerca de la calidad de la atención.
- Albúmina:** Se refiere específicamente a la excreción urinaria de albumina.
- Creatinina:** Producto final del metabolismo de la creatina que se encuentra en el tejido muscular y en la sangre de los vertebrados y que se excreta por la orina.
- Diabetes mellitus:** Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.
- Hipertensión arterial sistémica:** Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ ml/Hg
- Enfermedad renal crónica:** Disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73 m² o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albumina-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en prueba de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.



Proteinuria: Se refiere a la excreción urinaria de cualquier tipo de proteínas (incluyendo albumina, inmunoglobulinas de bajo peso molecular o proteínas tubulares) y se define como la concentración urinaria >300 mg/día (>200 mg/g de relación proteína/creatinina).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ABREVIATURAS

IMSS :	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF:	Unidad de Medicina Familiar
ERC:	Enfermedad renal crónica.
FG:	Filtrado glomerular.
Fge:	Filtrado glomerular estimado.
TFG:	Tasa de filtrado glomerular.
MDRD:	Modification of Diet in Renal Disease.
CrCl:	Cockroft y Gault.
CKD-EPI:	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.
microAlbU:	Microalbuminuria.
macroAlbU:	Macroalbuminuria.
AU:	Albumina urinaria.
ECV:	Evento cerebral vascular.
VFG:	Velocidad de filtración glomerular.



1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) va en aumento y se encuentra relacionada con el aumento del envejecimiento de la población, el incremento en enfermedades crónico degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y obesidad y diagnósticos en edades tempranas de estas enfermedades.¹

La quinta y última fase de la ERC es la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) donde se necesita la Terapia de Reemplazo Renal (TRR) como hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) o bien, el Trasplante Renal (TR). 2.618 millones de personas en el mundo (2010) requirieron TRR y se proyecta que el uso de este tratamiento será más del doble en el 2030, con 5.438 millones de pacientes que requerirán esta intervención, imponiendo una enorme y creciente carga en términos de morbilidad, mortalidad y elevados costos financieros para el Sistema de Salud.²

Los pacientes tienen condiciones socioeconómicas bajas, un elevado riesgo de morbilidad, mortalidad y menor calidad de vida en relación con su salud. Los que están con hemodiálisis tienen tasas de depresión de tres a cuatro veces más altas que la población general y de dos a tres veces más altas que en individuos con otras enfermedades crónicas, aumentando la progresión de la enfermedad renal, con resultados clínicos peores y muerte. El número de muertes ERC ha ido en aumento, muriendo en el 2017, 1.230,200 personas.³

La presente investigación tiene como objetivo analizar las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar, IMSS Tabasco, con enfoque en el médico familiar; es necesario conocer lo que sienten, lo que piensan, lo que esperan y lo que hacen en la vida diaria laboral así cómo interpretar cómo lo viven y lo sienten, con el fin de realizar mejoras en las intervenciones de salud.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades de la enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada una epidemia a nivel mundial y su prevalencia va en aumento en los últimos años, en relación con el aumento de la prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y obesidad. Para el 2020 se espera que la ERC sea la tercera causa de mortalidad en países en desarrollo (como México) después de la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica.⁴

Un reciente análisis, en Centroamérica reportó más de 60 000 muertes por insuficiencia renal entre 1997 y 2013; 41% en personas menores de 60 años.⁵

Las guías actuales de Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), definen la enfermedad renal crónica en sus últimas publicaciones (enero 2013), como la presencia de un filtrado glomerular (FG) estimado (fge) inferior a 60ml/min/1,73 m² (durante al menos 3 meses) o a la existencia de una lesión renal.^{6,7}

2.1.1 Clasificación de enfermedad renal crónica.

Existe actualmente una clasificación de la ERC según grado o estadios teniendo en cuenta el valor del filtrado glomerular.⁸

Estadios	FG mL/min/1,73m ² .	
1	90 o más Daño renal con FG	normal Alto y óptimo
2	60-89 Daño renal y descenso ligero del FG	Leve
3 ^a	45-59 Descenso ligero-moderado del FG	Leve-moderado
3b	30-44 Descenso moderado del FG	Moderado-grave
4	15-29 Descenso grave del FG	Grave
5.	Menos de 15 Diálisis	Fallo renal



La ERC en los últimos años epidemiológicamente ha cambiado notablemente y está encaminada a los diferentes grupos de riesgo afectados por hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular crónica, enfermedad renal conocida, dolencias autoinmunes sistémicas, afecciones obstructivas crónicas de las vías urinarias, entre otras, los cuales se asocian como probables causas.⁹

Las personas con ERC por diabetes en México se encuentra en las etapas 1 a 3 (98%), siendo la enfermedad todavía controlable y reversible, el 2% requerirá de complejos y costosos tratamientos como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o el trasplante de riñón como terapias sustitutivas y restitutivas para sobrevivir (etapas 4 y 5, consideradas irreversibles), no incluyendo personas con enfermedad renal crónica por otras etiologías.¹⁰

2.1.2 Principales factores de riesgo para enfermedad renal crónica

La diabetes y la hipertensión, sumadas a los pacientes de la tercera edad, son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica (ERC), afectando a uno de cada diez adultos en el mundo, según diversos estudios. La OPS y la OMS, invitan a los proveedores de salud a realizar en forma oportuna pruebas o marcadores de daño renal en pacientes con alto riesgo, diabéticos e hipertensos, y llama a las personas a mantener estilos de vida más saludables.¹¹

Otros factores de riesgo, los de susceptibilidad: edad, raza, bajo nivel educativo y económico, ECV, obesidad, familiares de primera línea que padecen esta patología, los que presentan antecedentes nefrológicos y urológicos, como pielonefritis de repetición o litiasis, así como los indicadores, precursores de la enfermedad. Los más importantes son los susceptibles de prevención: enfermedades crónicas degenerativas, sistémicas y por toxicidad por fármacos.¹²

Crews et al. Mostraron que las personas con bajo recursos socioeconómicos presentan un 59% de riesgo de presentar enfermedad renal crónica, con mayor asociación en raza afroamericana. La prevalencia de niños y niñas con bajo peso al nacimiento,



permite un menor desarrollo renal, aumentando el riesgo de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Un aumento en la ingesta de sodio, bebidas azucaradas y alimentos con fósforo también han sido reportadas en población con ERC.¹³

Varios factores dificultan el conocimiento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica, el principal es que cursa de forma asintomática en las primeras fases, (Estadio 1 a 3), lo que hace que los pacientes no acudan a consulta oportunamente.¹⁴

2.1.3 Diagnóstico

En el mundo existen varias estrategias para detectar la ERC de manera simple en el primer nivel de atención, en población abierta o en grupos de alto riesgo. Dentro de los marcadores de daño renal se encuentran la proteinuria, conteo de Addis, filtrado glomerular y creatinina.¹⁵

La micro albuminuria es el primer signo de daño renal en personas con elevado riesgo de padecer enfermedad renal crónica. La evaluación de albuminuria-proteinuria, consiste en identificar primero si el paciente tiene factores de riesgo. Si el paciente se revisa en una situación de tamizaje (que no cuente con factores de riesgo reconocidos) se recomienda medir la proteinuria total, pero si tiene factores de riesgo (especialmente diabetes tipo 2) o alguna anomalía persistente, se recomienda medir específicamente la albuminuria.¹⁶

Existe evidencia de que la anomalía más frecuente en los jóvenes con ERC es el incremento en la Albumina Urinaria (AU) y en los adultos mayores, es la disminución del índice de filtración glomerular (IFG). Un Índice de Filtrado Glomerular (IFG) de 60 mL/min/1,73 m² es normal para hombres > 60 años y mujeres > 50 años. El IFG y la AU son dos determinaciones bioquímicas de gran importancia, permitiendo el diagnóstico de la ERC y el uso de las dos variables conjuntas es de utilidad para la identificación de las personas con elevado riesgo de progresión a la insuficiencia renal. Se han desarrollado diversas ecuaciones que permiten estimar el filtrado glomerular de forma más confiable, la más usada es la de Cockcroft-Gault.^{17, 8}



Otras herramientas consideradas como método útil además de Cockcroft-Gault son Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) y The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation (CKD-EPI). En estudios sobre HTA y diabetes mellitus recomiendan en la evaluación periódica de estos pacientes la detección sistemática de albuminuria y la FGe.¹⁸

La velocidad de filtración glomerular (VFG) es la mejor aproximación a la función renal global. Contar con una estimación de la función renal en la práctica clínica, permite la detección y etapificación de la enfermedad renal crónica (ERC).¹⁹

2.1.4 Panorama epidemiológico

A nivel mundial, 850 millones de personas padecen de enfermedad renal crónica, posicionándose como la 11a causa de mortalidad en el mundo. Se han registrado 2.3 a 7.1 millones de muertes prematuras por falta de acceso a diálisis, hemodiálisis y trasplante.²⁰

México cuenta con una población de 120 millones de personas, de estos, 12 millones tienen un grado de daño renal.²¹

Alrededor de 6.2 millones de la población adulta padece ERC secundaria a diabetes en México, etapas 1 a 3. Del total de las muertes por enfermedades de insuficiencia renal crónica representan el 72.1% con 9 499 sucesos. Ésta causa de muerte comienza a aparecer entre las diez principales, en personas que fallecen a partir de los 45 años de edad. En el año 2017, se registraron 13 167 defunciones por insuficiencia renal.²²

Cifras oficiales señalan que el 70% de todas las muertes son debido a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); consecuencia, en gran medida de falta de acción, desarticulación institucional y procesos mal encaminados, dentro de estas se encuentra la ERC. En cuanto a años perdidos de vida saludable por incapacidad o DALYS (ajustados) se compararon entre varias ECNT y la enfermedad renal crónica mostró tener el mayor crecimiento (176%), en comparación con diabetes (51%), enfermedades



isquémicas del corazón (44%), dolor lumbar y de cuello (25%) y trastornos depresivos (14%).^{23 24}

2.2. Generalidades de la calidad y calidad en salud.

El concepto de calidad por la Real Academia de la Lengua Española se define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.²⁵

La norma NC/ ISO 9000 2005 describe a la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.²⁶

La Calidad de la Atención en Salud está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones. La Organización Mundial de la Salud define como requisitos para alcanzar la Calidad en Salud: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.²⁷

La definición calificada como clásica, es la de Avedis Donabedian (1919-2000), especialista en este campo, quien la define como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”²⁸

Dentro de los modelos de evaluación de calidad del servicio está el modelo de calidad de la atención médica de Donabedian, que evalúa la calidad en los servicios de salud, establecido en 1966, en sus tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, la estructura refiere las características físicas, de organización y otras características del



sistema asistencial y de su ambiente; el proceso es como se lleva a cabo el trato a los pacientes y el resultado es lo que se logra, actitud, conocimientos y el comportamiento adoptado para una salud futura.²⁹

El Dr Héctor Aguirre Gas, en 1989 formó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, en el IMSS, generando dos documentos: "Cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud" y la norma técnica para la "Evaluación de la calidad de la atención médica". El Dr Héctor Aguirre Gas refiere que las tendencias actuales en la evaluación de la calidad de la atención estas enfocadas a la teoría de sistemas, agregando análisis de estructura, proceso y resultados (entradas, procesos y salidas).³⁰

Dentro de los roles del médico de familia está el informar de manera oportuna, real, con un lenguaje de fácil comprensión para el paciente y apropiado para la familia sobre el estado de salud actual, la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones, en qué consisten las fortalezas y apoyarse en ellas, platicarles de las redes de apoyo familiar, dar su opinión en la toma de decisiones para las mejoras en la calidad de vida, con el objetivo de limitar los momentos de ansiedad, angustia o duelos mal canalizados independientemente del tratamientos para el manejo de síntomas.³¹

Las buenas prácticas médicas involucran medidas de protección sistémica individualizada, definidas con claridad en la terapia con medicamentos de los padecimientos base y sus comorbilidades, como en las modificaciones de estilos de vida para alcanzar el éxito a largo plazo, relacionadas principalmente con la nutrición y la actividad física. Estas medidas corresponden a otros miembros del equipo de profesionales de la salud, que debe ser multidisciplinario, educando, reteniendo y logrando lealtad de la persona consigo misma.³²

2.2.1 Perspectivas

Perspectiva en esta investigación es el punto de vista desde el cual se considera o analiza un asunto determinado.³³



Perspectiva de calidad para fines de este estudio es lo que piensa, siente y espera el médico de su desempeño en la calidad del control de la enfermedad renal crónica.

La Enfermedad Renal Crónica debería ser reconocida, clasificada y tratada de manera integral por personal de salud médicos, nutriólogos, psicólogos y especialistas en activación física y ejercitamiento, de acuerdo con un protocolo de atención en clínicas de medicina familiar, centros de salud y consultorios. Debería contarse con la infraestructura básica, suficientes medicamentos, laboratorios para diagnóstico y tratamiento, capacitación y supervisión por médicos especialistas en nefrología, certificados, supervisando la ejecución de protocolos clínicos, a fin de trabajar en equipo, evitando que la enfermedad renal crónica progrese, consiguiendo en un gran número la reversión de casos en etapas primarias, su recuperación y la reserva renal.

2.3 Marco referencial

En el año 2019 Sperati J y colaboradores en Estados Unidos, realizaron un estudio con el objetivo de comprender las percepciones de los médicos de atención primaria sobre las barreras y los facilitadores para el manejo óptimo de la enfermedad renal crónica (ERC), su estudio fue de métodos mixtos, en una muestra de 32 médicos de atención primaria (PCP). El instrumento utilizado fue un cuestionario autoadministrado y se llevó a cabo 4 grupos focales. Sus principales resultados fueron: De los 32 PCP participantes, 31 (97%) habían ejercido durante más de 10 años y 29 (91%) habían ejercido en un entorno no académico. Los PCP identificaron múltiples barreras para el manejo de la ERC en la atención primaria, incluso a nivel del paciente (por ejemplo, poca conciencia de la ERC, cumplimiento deficiente de las recomendaciones de tratamiento), el proveedor (por ejemplo, mantenerse al día con las pautas de ERC) y el sistema de atención médica (ej., historial médico electrónico inflexible, tiempo y recursos limitados). Los PCP deseaban indicaciones electrónicas y apoyo para las decisiones de laboratorio, pautas concisas y una reforma del financiamiento de la atención médica para mejorar la atención de la ERC.³⁴



En el año 2019 Greer R y colaboradores en Estados Unidos, realizaron un estudio con el objetivo de identificar las percepciones de los médicos de atención primaria (PCP) sobre las barreras clave y los facilitadores para el manejo conjunto eficaz de los pacientes con ERC en la interfaz PCP-nefrología, su estudio fue de método cualitativo, en una muestra de 32 médicos de atención primaria. El instrumento se realizó cuatro grupos focales de PCP. Dos miembros del equipo de investigación codificaron entrevistas grabadas en audio transcritas e identificaron los temas principales. Sus principales resultados fueron: La mayoría de los 32 médicos de atención primaria (59% internistas y 41% médicos de familia) llevaban ejerciendo más de 10 años (97%), pasaban $\geq 80\%$ de su tiempo en atención clínica (94%) y practicaban en privado (69%) o entornos de práctica grupal de especialidades múltiples (16%). Los médicos de atención primaria identificaron con mayor frecuencia las barreras para el manejo conjunto eficaz de pacientes con ERC centradas en la dificultad para desarrollar asociaciones de trabajo con nefrólogos, incluida la falta de un intercambio de información adecuado y oportuno (por ejemplo, consultar nota no recibida o plan de atención de ERC poco claro); roles y responsabilidades poco claros entre los (PCP) y los nefrólogos; y acceso limitado a nefrólogos (p. ej., incapaz de obtener consultas oportunas o comunicarse fácilmente con nefrólogos si tienen inquietudes). Los PCP expresaron su deseo de "mejores herramientas de comunicación".³⁵

En el año 2020 Neale E y colaboradores en base de datos Medline (EBSCO), PubMed, Cochrane CENTRAL, CINAHL (EBSCO) y Joanna Briggs Institute Evidence Based Practice (Ovid) hasta el 27 de agosto de 2019, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las barreras y los facilitadores para el diagnóstico y manejo de la ERC en la atención primaria, su estudio fue de método de revisión sistemática de las investigaciones cualitativas, en una muestra de 20 estudios en esta revisión. El instrumento se identificaron las barreras y/o facilitadores informados en cada estudio, clasificados en temas y categorizados de acuerdo con el marco de Dominios Teóricos. Sus principales resultados fueron: Las barreras informadas con mayor frecuencia relacionadas con la detección y el tratamiento de la ERC en la atención primaria se



clasificaron en el dominio "Contexto y recursos ambientales" (n = 16 estudios). En general, la barrera más común identificada fue la falta de tiempo (n = 13 estudios), seguida por el miedo a dar un diagnóstico de ERC y la insatisfacción con las pautas de ERC (ambos estudios n = 10). En general, el habilitador más común identificado fue la presencia de tecnología de apoyo para identificar y manejar la ERC (n = 7 estudios), seguido de la presencia de una relación de colaboración entre los miembros del equipo de atención médica (n = 5 estudios).³⁶

En el año 2016 Clement Lo y colaboradores en Australia, realizaron un estudio con el objetivo de investigar las perspectivas de los médicos de cabecera sobre las barreras de los servicios de salud en el manejo de la diabetes y la ERC como un paso inicial hacia la mejora de la atención médica, su estudio fue multicéntrico de métodos mixtos se llevaron a cabo cuatro grupos focales entre médicos de cabecera en las dos ciudades más grandes de Australia. Las transcripciones se sometieron a análisis de contenido para informar el desarrollo de una encuesta que explora las barreras de los servicios de salud. Esta encuesta luego se envió por correo electrónico / correo a 840 médicos de cabecera. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando STATA v2.1. El instrumento utilizado fue una encuesta. Sus principales resultados: Se recibieron respuestas del 13,7% de los médicos de cabecera (n = 115), edad media (\pm DE) 55,3 (10,1) años y duración media de la práctica 26,6 (10,6). La mayoría (88,4%) afirmó querer controlar la diabetes y la ERC en atención primaria con asistencia especializada. Sin embargo, el 34,8% no tenía claro la definición de ERC y el 73,2% deseaba más educación. El acceso a los servicios especializados fue problemático: el 39,3% y el 28,2% informaron que el proceso de derivar pacientes a los servicios de diabetes o ERC, respectivamente, fue difícil. La coordinación de la atención también fue un problema: el 35,6% no tenía claro el papel de cada proveedor de atención médica, el 50,5% creía que los pacientes enfrentaban dificultades debido a una mala coordinación entre los proveedores y el 51,6% informaba que había duplicado las pruebas.³⁷



En el año 2018 Van Dipten y colaboradores en los Países Bajos, realizaron un estudio con el objetivo de conocer las perspectivas de los médicos generales (GP) sobre el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en etapa temprana y la aplicabilidad de la directriz interdisciplinaria nacional podría apoyar estrategias para mejorar la calidad de la atención, su estudio fue de método cualitativo de grupo focales, en una muestra de 27 médicos de cabecera. El instrumento se realizó grupos focales, tres analistas codificaron y analizaron comparativamente los datos, sesiones de mapas mentales después de la saturación de datos. Sus principales resultados fueron: Surgieron cinco temas: definición de la ERC, conocimiento y conciencia, interacción médico-paciente, organización de la atención de la ERC y valor de la guía. Un hallazgo clave fue la abstracción del concepto de ERC. Los médicos de cabecera expresaron diversas perspectivas sobre la definición de la ERC y la interpretación de las tasas de filtración glomerular estimadas. Las opiniones sobre la relevancia clínica influyeron en la toma de decisiones, aunque parece que falta el conocimiento fáctico. Esforzarse por informar lo suficientemente bien sin crear ansiedad y por explicar adecuadamente la capacidad intelectual del paciente provocó tensión en la interacción médico-paciente. Se mencionó la integración con los programas de manejo de enfermedades cardiovasculares como una forma de implementar la atención de la ERC en el futuro. La directriz se percibió como una guía aproximada más que como un documento principal.³⁸

En el año 2018 Nash D y colaboradores en Canadá, realizaron un estudio con el objetivo de comprender las Percepciones de los proveedores de atención primaria sobre los facilitadores y las barreras para seguir las pruebas de laboratorio recomendadas por las guías para confirmar la enfermedad renal crónica, su estudio fue de método descriptivo cualitativo, en una muestra de 13 médicos de atención primaria y 4 enfermeras participantes. El instrumento entrevistas individuales con proveedores utilizando guía de entrevista semi-estructurada y abierta basada en los 14 dominios del marco de dominio teórico (TDF). Sus principales resultados fueron: Nueve temas relacionados con el TDF surgieron de los datos: 1) contexto y recursos ambientales, 2)



conocimiento, 3) memoria, atención y procesos de decisión, 4) creencias sobre las consecuencias, 5) metas, 6) rol social o profesional, 7) regulación del comportamiento, 8) habilidades y 9) optimismo. Dentro de estos temas, identificamos 16 facilitadores y cinco barreras. Algunos facilitadores incluyeron el conocimiento de los proveedores sobre las pruebas adecuadas, su motivación para solicitar estas pruebas y el uso de herramientas y recursos para ayudar a solicitar pruebas de seguimiento de creatinina sérica. Sin embargo, los proveedores percibieron algunas barreras, incluido el hecho de que solicitar pruebas de laboratorio confirmatorias para la enfermedad renal crónica no siempre fue una prioridad con respecto a otros cuidados que desean brindar.³⁹

En el año 2016 Simmonds R y colaboradores en el Reino Unido, realizaron un estudio con el objetivo de examinar y comprender una gama de diferentes puntos de vista y experiencias de los profesionales de la salud sobre la identificación y el seguimiento en la atención primaria de la ERC en etapa temprana, en particular la etapa 3, su estudio fue de método cualitativo, en una muestra de 16 médicos de cabecera, 3 enfermeras participantes, 4 consultores renales y 2 médicos de salud pública. El instrumento entrevistas semiestructuradas. Sus principales resultados fueron: identificaron dos temas generales relacionados de disonancia y consonancia en las perspectivas de los médicos sobre la monitorización de la ERC en etapa temprana en la atención primaria. La disonancia de los médicos en torno a las guías clínicas para la monitorización de la ERC emanó de diferentes interpretaciones de la ERC y diferentes filosofías de la atención sanitaria y la toma de decisiones morales. La consonancia del médico se centró en la necesidad de una mayor comprensión del deterioro renal y el aumento de las pruebas de proteinuria para reducir el sobrediagnóstico e identificar a los pacientes que estaban en riesgo de progresión y morbilidad adicional y que se beneficiarían de una intervención temprana. Los médicos recomendaron adoptar un enfoque holístico para los pacientes con ERC que representa un barómetro de la salud general.⁴⁰

En el año 2016 Thomas N y colaboradores en Londres, realizaron un estudio con el objetivo de identificar las percepciones de los profesionales sobre el uso de



herramientas de activación a partir de entrevistas y compararlas con las reflexiones sobre la gestión clínica registradas en las herramientas. Su estudio fue de método cualitativo, en una muestra de 136 médicos de cabecera y personal de práctica. El instrumento entrevistas semiestructuradas. Sus principales resultados fueron: De las entrevistas surgieron tres temas: introducción, seguridad del paciente y herramientas de activación para el aprendizaje. Las prácticas bien organizadas descubrieron que la herramienta de activación de la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) descendente construida a partir de datos en la historia clínica electrónica (HCE) se integraba fácilmente en el flujo de trabajo y expresaban una mayor motivación para usarla. Se consideró que la herramienta respaldaba la seguridad del paciente y se utilizó para aprender sobre el manejo de la ERC, tanto individualmente como en la práctica. Se revisaron los comentarios reflexivos de las herramientas de activación de 1921. Estos apoyaron el tema de la seguridad del paciente. Los datos de texto libre, estratificados por edad, desafiaron la expectativa de que los casos más jóvenes, con mayor riesgo de ERC progresiva, tendrían mayores tasas de derivación.⁴¹

En el año 2020 Casco SA y colaboradores en Londres, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de los cambios en la prestación de servicios utilizó datos cuantitativos de la clínica virtual de ERC y de las historias clínicas electrónicas de atención primaria (HCE), Su estudio fue de método mixtos cuantitativo cualitativo, en una muestra de 166 profesionales de la salud. El instrumento encuestas y entrevistas. Sus principales resultados fueron: Antes del inicio del servicio, la tasa de derivación de nefrología general era de 0,8 / 1000 GP población registrada, esta se elevó a 2,5 / 1000 pacientes registrados al segundo año de servicio. La mayoría (> 80%) no requirió una cita ambulatoria tradicional, pero podría manejarse con un consejo por escrito para el médico remitente. La espera de asesoramiento de un especialista se redujo de 64 a 6 días. Los médicos generales (GP) tuvieron opiniones positivas del servicio, valorando la rápida respuesta a las preguntas clínicas y la mejora del acceso para los pacientes que no pueden viajar a la clínica. También informaron una mayor confianza en el manejo de la ERC y altos niveles de satisfacción del paciente. Los nefrólogos valoraron



ver todo el registro de atención primaria, pero informaron preocupaciones sobre el volumen de derivaciones y cambios en las prácticas laborales.⁴²

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema grave de salud pública a nivel mundial, pues presenta una elevada morbilidad y mortalidad. Este padecimiento constituye un desafío global que exige que se fortalezcan las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.

La detección temprana de la ERC le permite al médico realizar una intervención adecuada de modo que pueda retrasar la evolución de la enfermedad hacia estadios terminales, con su consecuente carga asociada de morbilidad, deterioro de la calidad de vida, mortalidad y costos crecientes de atención en etapas que requieren tratamiento con diálisis o trasplante renal.

En el año 2017 México reportó una prevalencia de Enfermedad Renal Crónica del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes en México.

En la actualidad se estima 6.2 millones de mexicanos aproximadamente con diabetes que tienen insuficiencia renal en sus distintas etapas, el 98% (6.07 millones) se encuentran en etapas tempranas (etapa I,II,III) , cuando la ERC es controlable y reversible. Aquí no se incluyen los pacientes con enfermedad renal crónica causada por hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, infecciones, antecedentes congénitos, problemas obstructivos y daños por fármacos, que de manera silenciosa llegan a etapas tardías (etapa IV,V).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco en la región del centro, sierra y pantanos hasta febrero del 2020 se tenían registrados en el servicio de nefrología del hospital General de Zona # 46 un total de 583 pacientes en etapa 5 de enfermedad renal crónica de los cuales 276 se encuentran en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), 73 en Diálisis Peritoneal Automática (DPA) y 234 en hemodiálisis (HD).

La forma en que el médico familiar aborda la atención en las enfermedades renales es determinante, por eso la importancia de analizar las perspectivas de calidad del médico, para alcanzar la excelencia de la atención médica, con un mínimo riesgo al paciente, un alto grado de satisfacción y un buen impacto en el resultado final.



Por lo tanto los datos anteriores plantean la necesidad de hacer la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad del IMSS Tabasco?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública mundial por el empleo de importantes recursos tanto para los gobiernos e instituciones, como para los pacientes que llegan a la etapa terminal, necesitando hospitalización, diálisis y trasplante, siendo inherente la muerte.

A nivel mundial la ERC en el 2015 representó el 1.24% de todas las muertes, el 1.62% del total de años de vida perdidos (27.086 millones de YLLs totales), el 1.04% del total de años vividos con discapacidad (8 172 754.23 YLDs totales) y el 0.84% del total de años de vida ajustados por discapacidad (32 259 670.17 DALYs totales). En América Central, fue la causa del 4.6 % de todas las muertes, el 5.47% de todos los YLLs, el 1.57% de todos los YDLs, y el 2.83% del total de DALYs.

La incidencia y prevalencia de la ERC ha ido en aumento en México. Entre 1990 y 2010 se estimó la carga de la enfermedad observando un incremento de más del 300%, afectando a hombre y mujeres, ocupando los principales lugares de morbilidad y mortalidad.

En el año 2017, se registró 13 167 defunciones por enfermedad renal crónica.

Recientemente, la gran parte de los esfuerzos se destinan al tratamiento de las etapas tardías de la enfermedad (ERCT), con el fin de preparar al paciente a iniciar terapia sustitutiva renal (TSR) en buenas condiciones, así como para evitar y manejar sus complicaciones. El abordar la enfermedad en las etapas extremas es costoso para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud, pues la TSR en cualquiera de sus modalidades (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante) es de los tratamientos médicos más caros.

El primer nivel de atención de salud nos permite la identificación, diagnóstico, tratamiento, temprano de la Enfermedad renal crónica, en la población de riesgo, y de esta manera llevar un registro de la enfermedad desde sus primeras etapas, mejorando el control, costo, beneficios del paciente, instituciones y la sociedad.



5. OBJETIVOS

5.1 General:

Analizar las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar, IMSS Tabasco.

5.2 Específicos:

- 1) Caracterizar a los médicos familiares según variables sociodemográficas.
- 2) identificar las perspectivas de los médicos familiares acerca de la estructura para la atención al paciente con ERC
- 3) Investigar las perspectivas del médico acerca del proceso en la atención al paciente con ERC
- 4) Indagar las perspectivas del médico familiar acerca del resultado de la atención al paciente con ERC
- 5) Proponer a través de la información obtenida un plan de mejora para calidad en la atención médica.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación:

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio, con un componente descriptivo en médicos familiares que dan atención directa a los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

6.2 Universo

El universo de la investigación se llevó a cabo en una unidad médica familiar de Villahermosa, Tabasco, en ambos turnos, en el periodo de noviembre 2019 a diciembre de 2020. Se estudió a 12 médicos familiares que dan atención directa a los pacientes con ERC.

6.3 Tamaño de la muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia que consistió en la formación de dos grupos focales integrados por 6 médicos familiares en el turno matutino y 6 en el turno vespertino quienes dan directa a los pacientes con ERC y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, adscritos a la unidad de medicina familiar no. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Villahermosa, Tabasco.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión:

6.4.1. Inclusión:

Médicos familiares que atiendan directamente a pacientes con Enfermedad renal Crónica.

6.4.2. Exclusión:

Médicos familiares que se retiren durante el periodo de estudio y no firmen consentimiento informado.



6.5 Método e instrumento de recolección de datos

Se solicitó autorización a los directivos de la unidad de medicina familiar para acceder al aula donde se realizó la sesión con los grupos focales. Se invitó a los médicos familiares que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión, pertenecientes a la unidad IMSS, Tabasco, se les invitó a participar y firmar un consentimiento informado. Previo a la sesión oral se les aplicó el cuestionario de variables sociodemográficas.

Para el trabajo con el grupo, se tomó en cuenta las características cualitativas del estudio, por lo que se buscó las condiciones apropiadas, con la finalidad de que los médicos familiares expresaran abiertamente las perspectivas que ellos consideraron. La flexibilidad de este ambiente grupal permitió al entrevistador a cargo de la técnica conocer la percepción de los médicos familiares sobre la calidad de atención médica en los pacientes con enfermedad renal crónica.

Para el análisis de las perspectivas de calidad, se realizó a partir de técnicas cualitativas, sobre lo que piensa, siente y espera el médico familiar que da atención directa a los pacientes con ERC. Se realizaron dos grupos focales con 6 médicos familiares cada uno. Para la obtención de los datos se utilizó guía de entrevista, se estudiaron los discursos derivando en conclusiones. El propósito fue explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus protagonistas. El proceso de la investigación fue documentado mediante grabación de video y audio con previa autorización de los médicos familiares; los discursos fueron transcritos literalmente; para la parte metodológica y logística, se tomaron nota de la ejecución de las actividades. El tiempo promedio de la sesión estimado fue de 2 horas.

El instrumento fue validado por tres expertos y se realizó una prueba piloto de las preguntas detonadoras.



6.6 Análisis de datos.

Se realizó un proceso de análisis-síntesis, a través de la saturación de los discursos de los informantes claves.

Se tomaron en cuenta los argumentos expresados, los cuales fueron transcritos en el procesador de texto Word 2018, cuidando la integridad con que fue expresado el discurso, para su interpretación cuidadosa.

Para el procesamiento y análisis de los datos cualitativos se capturaron los discursos de los médicos en el Programa MAXQDA versión 12

6.7 Consideraciones Éticas.

Se consultó los siguientes artículos en la constitución política de México, la ley general de salud concluyendo lo siguiente de cada artículo

Artículo 4 constitución política de México y artículo 13 de la ley general de salud: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o el expediente clínico.

Artículo 14 de la ley general de salud sobre las investigaciones que se realicen en humanos esta investigación se ajusta a los principios científicos y éticos que la justifican.

Artículo 16 de la ley general de salud se mantuvo la confidencialidad de los encuestados debido a que es uno de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices que está tomando las mismas.

Artículo 20 de la ley general de salud se cuenta con consentimiento informado y por escrito de los participantes mediante el cual el sujeto de investigación.



Todas las encuestas e instrumentos de recolección de datos están realizadas de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, así como a La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los discursos de los médicos familiares de una unidad del IMSS Tabasco, de acuerdo con las categorías estudiadas.

7.1 Perspectivas sobre la calidad en el médico familiar

La calidad desde la perspectiva del médico familiar se relaciona con una atención eficiente, integral, oportuna, personalizada, que tiene que ver con la satisfacción de las expectativas del paciente, contar con los recursos, tener el tiempo suficiente, contribuir a los planes de tratamiento y mejorar la sensación de pérdida que experimenta el paciente por su padecimiento. En lo que respecta al paciente consideran que hay dos aspectos fundamentales para que haya calidad: la corresponsabilidad y el apoyo familiar.

“Dar una atención eh, eficiente eh, mmm...con los recursos que tenga a la mano cumpliendo las expectativas de mi paciente” (hombre de 45 años, casado, 2 empleos, 22 años de antigüedad laboral, grupo focal 1)

“La calidad debe de ser eh...de lo mejor, porque es un paciente que está ya muy deteriorado por su propia evolución...la gran mayoría...están en un estado de depresión, han perdido lo más valioso que es la salud, entonces debo contribuir a mejorar esa sensación de pérdida que tienen...al apego al tratamiento, a los planes de alimentación...esto contribuye a una calidad de atención de mi parte y con la corresponsabilidad del paciente y el apoyo de la familia”(Mujer 58 años, soltera, 1 empleo, 32 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Ok calidad pues... es una serie de pasos estructurados que se hacen para, dar una atención en los puntos favorables para solventar o sobre todo que el paciente cumpla con las expectativas de lo que quiere de una consulta médica” (hombre de 35 años, unión libre, 2 empleos, 5 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

“En tiempo, en cuanto a darle la oportunidad que exprese los motivos por los que viene a consulta ¿no? calidad más que nada es el tiempo ¿no?”. (hombre de 45 años, casado, 2 empleos, 22 años de antigüedad laboral, grupo focal 1)

“Considero que...una atención de calidad sería una atención personalizada de acuerdo al caso de cada paciente” (mujer de 35 años, soltera, 2 empleos, 6 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

Gráfico 1. Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre la calidad en la atención en enfermedad renal crónica.



Fuente: Discursos de los 12 médicos familiares de los grupos focales.

7.2 Perspectivas sobre la estructura existente para la atención en ERC

Los médicos expresan que en su organización existen carencias de material, medicamentos esenciales, análisis de laboratorio y equipo. Por otro lado consideran que también hay carencias de recursos humanos tales como psicólogos y en segundo nivel faltan especialistas (nefrólogos), lo que limita la calidad en la atención al paciente con enfermedad renal crónica. En relación al paciente manifestaron que por falta de recursos económicos cuando no les surten medicamentos, material o equipo para sus diálisis, hemodiálisis, no siempre pueden adquirirlos y esto afecta la evolución y manejo de su enfermedad.



“Mmmm... bueno...estamos restringidos en cuanto los análisis clínicos a nivel sanguíneo sería la única limitante que pudiera yo encontrar” (hombre 38 años, casado, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Mmmm...nosotros en el primer nivel de atención, básicamente estamos limitado por todo pero, ehh...el hecho de carecer de laboratorios, para hacer una valoración adecuada de la creatinina, el no poder otorgar medicamentos adecuados, como por ejemplo de eritropoyetina, el no poder apoyarlos con materiales y equipos, en esto caso soluciones, no sé, yo creo que esa es la limitación más grande para nosotros” (hombre 44 años , casado, 2 empleos, 5 años de antigüedad laboral, grupo focal 2).

“Mmm considero que como son pocos nefrólogos tienen este... mucha cantidad de pacientes y por lo tanto sus citas son bastantes prolongadas en segundo nivel” (mujer, 36 años, casada, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Considero que...nuestros pacientes en algún momento requieren apoyo psicológico y no tenemos ese recurso humano aquí, también para las derivaciones de segundo nivel pues solamente contamos con un especialista y las consultas están un poco retrasadas en ese sentido, entonces, ese sería principalmente la carencia de recurso humano” (Mujer 35 años , soltera, 2 empleos, 6 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“aquí pues no tenemos todos los equipos, yo en lo que he podido he comprado mis aparatos” (mujer 29 años, soltera, 4 empleos, 2 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

“Pues hay muchas personas quienes tienen bajos recursos por ejemplo y en algunas ocasiones no logran surtirles bolsas o algo así para diálisis y pues ellos por la economía baja no la compran, pues entonces se retrasan en su tratamiento” (mujer 36 años, casada, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).



Gráfico 2. Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre la estructura de la atención en enfermedad renal crónica.



Fuente: Discursos de los 12 médicos familiares de los grupos focales.

7.3 Perspectivas sobre el proceso de la atención en ERC

En lo que respecta a lo que perciben los médicos familiares sobre el proceso de la atención médica, mencionan la falta de enlace con el segundo nivel a través del expediente clínico, lo que entorpece el conocimiento de la evolución del paciente y el manejo establecido por el médico nefrólogo, por tal motivo no se puede lograr una evaluación integral para esta enfermedad.

Refieren actualizarse acerca de la enfermedad renal crónica de manera electrónica con artículos y cursos otorgados por la institución a la que pertenecen.

“A nosotros como médicos no nos han realizado evaluación como tal, si nos supervisan algunos programas, pero los programas mayormente supervisados son diabetes, hipertensión y embarazo y algunos que otros, pero en general dirigido específicamente a un paciente con enfermedad renal crónica, no” (mujer 35 años, soltera, 2 empleos, 6 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).



“No hay ningún procedimiento de evaluación hasta la fecha, bueno, que yo conozca, o que me hayan hecho” (mujer 52 años, divorciada, 1 empleo, 23 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

“La principal barrera es en el expediente es que aún tenemos mucha dificultad de enlace del expediente de Medicina familiar que se enlaza con el expediente de segundo nivel, qué quiere decir que allá lo ven, a veces le hacen la nota en el expediente electrónico y otras veces no lo hacen, entonces nosotros aquí en el primer nivel el médico no puede visualizar la evolución de lo que está sucediendo en esas consultas en segundo nivel, si esto llega a quedar concluido en enlace de primero y segundo nivel en el expediente electrónico para nosotros sería de mucha gran utilidad y también reduciría de alguna manera el número de envíos a segundo nivel”(mujer 58 años , soltera, 1 empleo, 32 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Mmm, pues generalmente leo artículos, algún curso que ya sea nos facilite tanto la plataforma de aquí del Instituto o algún curso personal que yo quiera tomar” (mujer 38 años, soltera, 1 empleo, 11 años de antigüedad laboral, grupo focal 2).

Gráfico 3. Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre el proceso de la atención en enfermedad renal crónica.



Fuente: Discursos de los 12 médicos familiares de los grupos focales.



7.4 Perspectivas sobre resultados de la atención en ERC

Al expresar sus perspectivas en esta categoría, los médicos fueron muy críticos acerca de la participación del paciente y la familia en el control de su enfermedad. Identifican como una barrera o motivo de fracaso la falta de apoyo por parte de la familia y la falta de apego por parte del paciente, cuya actitud es de indiferencia, tristeza, depresión y apatía. Consideran que ellos hacen un buen papel.

“Apoyo de su propia familia, no hay.” (Hombre 45 años, casado, 2 empleos, 22 años de antigüedad laboral, grupo focal 1)

“Lo que yo he observado es que el paciente caen una actitud de indiferencia de tristeza de depresión de apatía y por lo tanto él se deja que lo atiendan ya no participa tan activamente en su control de la enfermedad” (mujer 58 años, soltera, 1 empleo, 32 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

“una barrera de parte del paciente y la familia es que al inicio del control están pendientes participan...pero después caen en la rutina, caen en la indiferencia...” entonces eh...es un obstáculo poder involucrar a la familia en el manejo y la vigilancia del paciente” (mujer 58 años, soltera, 1 empleo, 32 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Pues...yo siempre les hago conciencia de la enfermedad que tienen, sobre su tratamiento y sobre su diagnóstico, les hago énfasis que mi responsabilidad es darle su tratamiento, explicarle para que sirve, pero tiene mucho que ver lo que él haga en casa para una mejoría” (mujer 29 años, soltera, 4 empleos, 2 años de antigüedad laboral, grupo focal 2)

Gráfico 4. Nube de palabras representativas de las perspectivas sobre los resultados de la atención en enfermedad renal crónica.



Fuente: Discursos de los 12 médicos familiares de los grupos focales.

7.5 Expectativas y sugerencias para mejorar la calidad de la atención

Esta fue una categoría emergente que vale la pena incluir en este estudio

“Que el paciente lleve un seguimiento, que acuda a su cita de control mensualmente, que se tome sus medicamentos a sus horas, que tenga su cuarto si es ya dializado el paciente oh ... eh... que tenga su cuarto limpio, desinfectado, si tiene sus citas de hemodiálisis que acuda con tiempo y forma, que tenga su dieta estricta de acuerdo a nutrición, que este en su peso, serían las sugerencias” (hombre 38 años , casado, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Que el paciente acepte su enfermedad, el paciente pudiera querer un poco más, el paciente pudiera estar más consciente de las complicaciones a largo plazo que pudiera traer esta enfermedad si no es tratada a tiempo, tiene que tener mucho apoyo de nutrición, de trabajo social de los servicios de apoyo que cuenta la unidad, pero todo va a depender del mismo paciente” (mujer 52 años , divorciada, 1 empleo, 23 años de antigüedad laboral, grupo focal 2).



“A la institución contar a tiempo con todos los análisis clínicos pertinentes para llevar su control metabólico del paciente y de la función renal” (hombre 38 años, casado, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral, grupo focal 1).

“Integración de familia en el apoyo del paciente en todos los aspectos, tanto en ejercicio, dieta y su plan de tratamiento, no dejarlo solo” (mujer 38 años, soltera, 1 empleo, 11 años de antigüedad laboral).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que las perspectivas que tiene el médico familiar acerca de calidad de la atención en la enfermedad renal crónica es otorgar al paciente una atención eficaz, con los recursos disponibles y cumpliendo las expectativas de los usuarios.

Los médicos estudiados mencionan que calidad de atención en la enfermedad renal crónica, debe ser única, personalizada, eficaz y de lo mejor, considerando el deterioro físico y emocional del paciente. Que sea integral, que incluya información completa y entendible, que se ponga cuidado en mitigar las complicaciones, en el apego al tratamiento e involucrar a la familia y a los servicios de salud para conseguir un buen manejo. Estos resultados coinciden con el estudio publicado por Vassalotti donde resalta que el manejo de la enfermedad renal crónica debe reducir el riesgo de la progresión de la enfermedad y el riesgo de complicaciones asociadas, como daño renal agudo y enfermedad cardiovascular, anemia y acidosis metabólica, así como trastornos minerales y óseos.⁴³

Dentro de las carencias para otorgar una atención de calidad, los médicos familiares expresan sentirse restringidos en el acceso a las pruebas de laboratorio, lo que genera derivaciones tardías afectando la detección y manejo oportuno de los padecimientos en el paciente. Datos que coinciden a lo publicado por Mérida de la Torre, quien lo identifica como una barrera, y afirma que la accesibilidad a pruebas de laboratorio confirmatorias para la enfermedad renal crónica no siempre ha sido una prioridad y que el trabajo de atención primaria debe contar con las herramientas necesarias para alcanzar los máximos niveles de calidad y de eficiencia.⁴⁴

Otra carencia detectada como obstáculo para una atención de calidad en el servicio fue la no suficiencia de nefrólogos y psicólogos como parte del equipo esencial para lograr un manejo integral, adecuado y oportuno, que evite las citas prolongadas y la derivación



al paciente en etapas renales tardías. Dato similar fue publicado por Greer, en Estados Unidos, quien concluye que las barreras para el manejo conjunto y eficaz de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) se centran en la dificultad para desarrollar una asociación de trabajo con nefrólogos, lo que incluye la falta de intercambio de información adecuada y oportuna en beneficio del paciente.³⁵

Las áreas de nutrición, medicina preventiva y trabajo social en el primer nivel de atención, son percibidas por el médico como áreas que trabajan adecuadamente en el control del paciente con enfermedad renal crónica, este resultado coincide con lo mencionado en el estudio de Neale, donde destaca la necesidad de estrategias eficientes en el tiempo que promuevan la colaboración entre los miembros del equipo de atención médica esto hallado en la revisión que realizó durante su estudio de 20 artículos relacionados con las barreras y / o facilitadores para la detección y / o manejo de la ERC en adultos dentro de la atención primaria de salud.³⁶

Una categoría emergente identificada por el médico familiar, inherente al paciente, fue la necesaria corresponsabilidad en el manejo y control de su padecimiento. Así como considerar como obstáculo la carencia de recursos económicos y la pérdida de las citas de control a primero y segundo nivel que limitan el control adecuado de la enfermedad y el alcance de las metas de tratamiento. A este respecto, Casco y colaboradores en Londres demostraron que el uso de clínicas virtuales, genera un mejor acceso para los pacientes que no pueden viajar a la clínica, logrando una mayor confianza en el manejo de la ERC por parte de los médicos y altos niveles de satisfacción en el paciente.⁴²

Los médicos entrevistados consideraron que una barrera en la atención fue la dificultad en el enlace y manejo del expediente clínico electrónico por segundo nivel, lo que limita al médico familiar observar las notas del médico especialista en nefrología, haciendo deficiente la retroalimentación sobre la evolución del paciente. Otro aspecto identificado como importante en la calidad de la atención fue el agregar un apartado para registrar el cálculo de la tasa de filtrado glomerular para diagnóstico oportuno y derivaciones



tempranas. En relación con este resultado, Thomas menciona que las prácticas bien organizadas descubrieron que la herramienta de activación de la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) descendente construida a partir de datos en la historia clínica electrónica (HCE) se integraba fácilmente en el flujo de trabajo y expresaban una mayor motivación para usarla. Concluye que la herramienta respalda la seguridad del paciente, en el manejo y derivación oportuna.⁴¹

Los entrevistados expresan que la manera en que se actualizan para el manejo de estos pacientes, es a través de artículos de búsqueda personalizada, por iniciativa propia y mediante los cursos otorgados por la institución. Un artículo publicado por Van Dipten se relaciona con estos resultados, en donde la ERC es percibida por los médicos como un concepto abstracto más que clínico, jugando la abstracción un papel importante en la definición, conocimiento y conciencia, relación médico-paciente, organización de la atención de la ERC y valor de la guía establecida para el manejo del paciente con enfermedad renal crónica. El manejo de los pacientes con ERC en atención primaria es complejo y está influenciado por consideraciones vinculadas al médico relacionadas con el conocimiento individual y la percepción de la importancia de la ERC. Se necesitan estrategias para mejorar la comprensión de los médicos de cabecera del concepto de ERC mediante la educación, un enfoque holístico de las directrices y la integración de la atención de la ERC en los programas cardiovasculares.³⁸

La mayoría de los discursos de los médicos coinciden en no recibir alguna supervisión o evaluación para el desempeño en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica. Al respecto Casas afirma que la evaluación debe ser un camino constante, para valorar las necesidades en conocimiento y discernimiento del médico familiar en su ejercicio profesional.⁴⁵

En lo que se refiere al control de la enfermedad por parte del paciente, los médicos mencionan como un dato sobresaliente que hay pacientes que no toman de manera



positiva el diagnóstico y no se apegan a las indicaciones, se mantienen renuentes, desconocen de su enfermedad, no aceptan el diagnóstico y buscan otros manejos alternativos no confiables de manera externa. Siendo equivalentes estos resultados a lo publicado por Sperati quien identifica como una barrera inherente el paciente con enfermedad renal crónica, la poca conciencia de la enfermedad y cumplimiento deficiente de las recomendaciones de tratamiento para su control adecuado.³⁴

El personal médico reconoce como motivo de fracaso en el control de los pacientes que tengan una actitud de indiferencia, de tristeza, apatía y depresión. Datos que coinciden con lo publicado por García Reza, encontrando en las personas diabéticas emociones negativas tales como miedo, inquietud, ira y tristeza.⁴⁶ Esto se relaciona con la toma de varios medicamentos, rutina, evolución larga de la enfermedad, deterioro físico, generando desapego al tratamiento. Una publicación que apoya estos resultados es la de Mosleh H quien encontró que la ansiedad y la depresión prevalecen entre los pacientes con ERC, particularmente entre las mujeres y los pacientes de edad avanzada, asociándose los síntomas de manera insignificante con su nivel de educación, situación laboral, duración de la enfermedad y duración de la hemodiálisis.⁴⁷

La falta de apoyo de la familia, es considerada por los médicos, como un obstáculo para el control de la enfermedad y manifiestan la importancia de la integración de la familia en el apoyo del paciente en todos los aspectos, en el ejercicio, dieta y su plan de tratamiento, sin abandonarlo. En otra publicación, Sarmiento Medina coincide con estas conclusiones, señalando que el médico tiene la responsabilidad de tener bajo control las enfermedades de base para la limitación de daño, así mismo comprobó que la familia del paciente con enfermedad renal crónica está implicada en el desarrollo del tratamiento y sus consecuencias.³¹ También en otra publicación Avalos García menciona que los pacientes no reciben el apoyo de la familia en su vida diaria, concluyendo que la familia es una fortaleza.⁴⁸



La manera que el médico de primer nivel de atención apoya al paciente, es haciendo conciencia de su enfermedad, explicándole, apoyando en su diagnóstico y siendo responsable en su tratamiento. Esto es similar a lo publicado por Villegas-Alzate donde concluye que la adherencia terapéutica es una compleja cadena construida por el médico y el paciente, siendo este último el eslabón clave, cuyo cumplimiento con los diferentes requisitos permite mejorar el desenlace clínico, dado que la falta de adherencia, desde el incumplimiento con la terapia dialítica hasta la poca continuidad con los medicamentos son factores determinantes que incrementan la mortalidad del paciente.⁴⁹

Como sugerencias obtenidas en este estudio, los médicos solicitaron a nivel institucional contar con los laboratorios oportunamente, al paciente la aceptación de la enfermedad, el apego a las indicaciones otorgadas por los servicios de salud e hizo hincapié en la importancia del involucramiento de la familia, para un control adecuado de la enfermedad renal crónica, evitando complicaciones en el paciente.



9. CONCLUSIONES

Concluimos que los resultados obtenidos en este estudio documentan la situación actual de la calidad de atención en la enfermedad renal crónica, desde la mirada del personal de salud responsable de la atención directa del paciente.

Dentro de las perspectivas de calidad identificadas por los médicos familiares destaca lo relacionado con la estructura para la atención, como son la falta de insumos, material y equipo para el médico, la accesibilidad a los análisis de laboratorio y recursos humanos como personal para el área de psicología y nefrología en segundo nivel.

En cuanto a lo relacionado con el proceso de la atención fue la falta de vinculación con segundo nivel a través del expediente clínico electrónico, lo que obstaculiza el manejo y seguimiento a través de notas médicas y contra referencias de la evolución de la enfermedad del paciente.

En lo que respecta a los resultados de la atención destaca la falta de apego del paciente y el apoyo de la familia en el control de la enfermedad renal crónica.

Las perspectivas de los médicos familiares permitieron descubrir problemas considerados como áreas de oportunidad que son una clave para mejorar la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención.



10. RECOMENDACIONES

Realizar un programa donde se sensibilice a las familias de estos pacientes, otorgarle información de la enfermedad y las complicaciones, para mejora en el control del paciente y su enfermedad.

Disponer de un consultorio exclusivo para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), para un mejor control en resultados de laboratorio y como consecuencia poder hacer derivaciones oportunas, citas controladas con nefrología.

Contar con un médico familiar capacitado en enfermedad renal crónica, el cual se enlazado con el servicio de nefrología a través del expediente clínico electrónico, para obtener un manejo en común entre el médico familiar y el especialista, ayudando a el control de la enfermedad del paciente.

Como plan de manejo propongo un programa donde se sensibilice a las familias de estos pacientes, otorgarle información de la enfermedad y las complicaciones, un consultorio exclusivo para pacientes con ERC, con médico familiar capacitado y en comunicación con nefrología, citas más cercanas con el servicio de psicología, priorizar a pacientes en Depresión por esta patología, mejorar la vinculación del expediente clínico electrónico con segundo nivel atención para obtener un manejo adecuado y oportuno, facilitar el acceso a los laboratorios clínicos para obtener resultados a tiempo, ayudando a la derivación oportuna a segundo nivel.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Poll Pineda J, Rueda Macías N, Poll Rueda A, Mancebo Villalón A, Arias Moncada L. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. MEDISAN. 2017; 21(9):2010-2017.
2. Cortes-Sanabria L, Alvarez-Santana G, Orozco-Gonzalez C, Soto-Molina H, Martinez-Ramírez H, Cueto-Manzano. Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 (2):124-32.
3. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:1-11.
4. Cueto-Manzano A, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez H, Márquez-Herrera R, Solórzano-Rodríguez E, Rojas-Campo E. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55 (Supl 2): 134-42.
5. Aldrete-Velasco JA, Chiquete E. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. Interna Méx. 2018; 34(4): 536-550.
6. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-335-09.
7. Portilla Franco M, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. Nefrología. 2016; 36(6):609–615.
8. Terazón Miclín O, Vinent Terazón M, Pouyou Semanat J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. MEDISAN. 2017; 21(1):19-26.
9. Martínez Pérez D, Pérez de Alejo Rodríguez L, Moré Chang C, Rodríguez Vial R, Dupuy Núñez J. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo. MEDISAN. 2016; 20(1):49-58.
10. Sánchez-Cedillo A, Cruz-Santiago J, Mariño-Rojas F, Hernández-Estrada S, García-Ramírez C. Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. Rev Mex Traspl. 2020; 9 (1): 15-25.



11. OMS. La enfermedad renal aumenta entre las personas mayores con diabetes e hipertensión [Internet]. Washington, DC:PAHO.org; 11 de marzo de 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=en
12. Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell C, Serón D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. Nefrología. 2017; 37 (2):115-117.
13. Martín-Gómez M. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. Nefrología. 2016; 36(5): 556–581.
14. Cadena-Naranjos D, Javier-Hernández A. Detección de Enfermedad Renal Crónica Oculta Mediante Fórmula de Cockcroft-Gault en Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas en el Primer Nivel de Atención en Comalcalco, Tabasco, México. Salud en Tabasco. 2016; 22(1 y 2): 42-45.
15. Castellanos Castillo Y, Fong Estrada J, Vázquez Trigo J, Oliva Fong J. Marcadores de daño renal en pacientes con factores de riesgo de enfermedad renal crónica. MEDISAN 2018; 22(2):142-148.
16. Galcerán Gui J. Importancia de la albuminuria/proteinuria y de la insuficiencia renal en la nefropatía diabética como marcador de progresión renal y de enfermedad cardiovascular [internet]. España: Nefrologiaaldia.org: 15 febrero 2016. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-importancia-albuminuria-proteinuria-insuficiencia-renal-nefropatia-106>
17. Regueira S, Díaz M, Jiménez G, Cajape L. Morbilidad oculta de la enfermedad renal crónica en un consultorio médico de la familia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2016; 41 (7): 223 – 226.
18. Ruiz J, Ríos A, Rodríguez JM, Llorente S. Prevalencia y riesgo de progresión de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos seguidos en atención primaria en la Comunidad de Madrid. Nefrología. 2017; 37(3):338–354.
19. Huidobro J, Tagle R, Guzmán A. Creatinina y su uso para la estimación de la velocidad de filtración glomerular. Rev Med Chile. 2018; 146: 344-350.



20. Día mundial del riñón. Salud renal para todos, en todas partes. Bélgica: worldkidneyday.org: 14 de marzo de 2019. Disponible en <https://www.worldkidneyday.org/wkd-2019-spanish/>
21. Méndez-Durán A., Ignorosa-Luna M, Pérez-Aguilar G, Rivera Rodríguez F, González-Izquierdo J, Dávila-Torres J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estado actual terapia sustitutiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(5): 588-93.
22. INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Mexico.inegi.org.mx: 31 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodem/DEFUNCIONES2017.pdf>
23. Tamayo y Orozco J, Lastiri Quirós H. La enfermedad Renal crónica en México. Hacia una política nacional Para enfrentarla. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). 2016.
24. Torres-Toledano M, Granados-García V, López-Ocaña L. Carga de la enfermedad renal crónica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55 (2): 118-123.
25. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. Calidad. rae.es: 2001. Disponible en <https://www.rae.es/drae2001/calidad>
26. Franch León, Guerra Bretaña R. Las normas ISO 9000: una mirada desde la gestión del conocimiento, la información, innovación y el aprendizaje organizacional. Cofin Habana. 2016; 11 (2): 29-54.
27. Vázquez- Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López A, Montiel-Jarquín J, Gutiérrez-Gabriel I, Romero-Figueroa M, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev Salud Pública. 2018; 20(2): 254-257.
28. Avalos M, Concepción R, Priego H. Evaluación de la calidad: hacia la atención centrada en el paciente. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1ª ed. 2018.
29. Torres M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis Compendium.2015; 57-76
30. Secretaria de salud. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. México. Calidad.salud.gob.mx: 3 de junio de 2020. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_02.pdf.



31. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Semergen*.2019; 30(20):30.
32. PAHO. Access to comprehensive, equitable, and quality health services. Paho.org:2017: Disponible en: Obtenido en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=43>
33. Villagarcía Trujillo E, Delgadillo Guzmán, Argüello Zepeda F, Villanueva Leonor J. percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud del ISSEMyM. *Horizonte Sanitario*. 2016; 15(3): 46-54.
34. Sperati CJ, Soman S, Agrawal V, Liu Y, Abdel-Kader K, Diamantidis C, Et al. Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: A mixed methods study. *PLOS ONE*. 2019; 14(8).
35. Greer R, Liu Y, Cavanaugh K, Diamantidis M, et al. Primary Care Physicians' Perceived Barriers to Nephrology Referral and Co-management of Patients with CKD: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(7)1228-1235.
36. Neale E, Middleton J, Lambert Kelly. Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: a systematic review. *BMC Nephrol*. 2020; 21 (1): 83.
37. Clemente L, Teede H, Ilic D, Russell G, Usherwood T, Ranasinha S, et al. Identifying health service barriers in the management of co-morbid diabetes and chronic kidney disease in primary care: a mixed-methods exploration. *Fam Pract*. 2016; 33(5); 492–497.
38. Van Dipten, Van S, JC W, Scherpbier N, Brongers B, Van K, et al. General practitioners' perspectives on management of early-stage chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Family Practice*. 2018; 19(81).
39. Nash D, Garg A, Brimble K, Markle M. Primary care provider perceptions of enablers and barriers to following guideline-recommended laboratory tests to confirm chronic kidney disease: a qualitative descriptive study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):192.
40. Simmonds R, Evans J, Feder G, Blakeman T, Lasserson D, Murray E et al. Understanding tensions and identifying clinician agreement on improvements to early-stage chronic kidney disease monitoring in primary care: a qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6(3).



41. Thomas N, Rajabzadeh V, Hull S. Using chronic kidney disease trigger tools for safety and learning: a qualitative evaluation in East London primary care. *Br J Gen Pract.* 2019; 26:687.
42. Casco SA, Rajabzadeh V, Thomas N, Hoong S, Dreyer G, Rainey H, et al. Do virtual renal clinics improve access to kidney care? A preliminary impact evaluation of a virtual clinic in East London. *BMC Nephrol.* 2020; 21(10):10.
43. Vassalotti J, Centor R, Turner B, Greer R, Choi M, Sequist T. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *The American Journal of Medicine.* 2016; 29 (2): 153-162.
44. Mérida de la Torre F.J., Bel Peña N. Ampliar la cartera de servicio de laboratorio en Atención Primaria no incrementa el gasto. *Medicina de Familia. SEMERGEN.* 2020; 46(1): 41-45.
45. Casas, D., Rodríguez A., Tapia E., Camacho E., Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica. *Revista de Medicina e Investigación, Elsevier.* 2014; 2(2):100-106.
46. García-Reza C, Cruz Campuzano E., Gómez Torres D., Toxqui Tlachino MJ., Sosa García BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. *Rev. Enf. Esc Anna Nery* 2014;18(4):562-569.
47. Mosleh H, Alenezi M, Johani S, Alsani A, Fairaq G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Crosssectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus.* 2020;12(1):1-11.
48. Avalos MI, López C, Morales H, Priego H, Garrido S, Cargill N. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Rev. Atención Primaria* 2017; 49(1): 21-27.
49. Villegas-Alzate J, Vera-Henao S, Jaramillo-Monsalve M, Jaramillo Jaramillo L, Martínez-Sánchez L, Martínez-Domínguez G , et al. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Comunidad y Salud.* 2016; 14 (2):42-49.



12. ANEXOS

Anexo A. consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACION EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	Perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica. Estudio cualitativo en una unidad del IMSS Tabasco.
Patrocinador externo (si aplica)*:	Ninguno
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco, noviembre 2020
Número de registro institucional:	Proceso de trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada una epidemia a nivel mundial y su prevalencia va en aumento en los últimos años, en relación con el aumento de la prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y obesidad. Objetivo: Analizar las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar, IMSS Tabasco.
Procedimientos:	Recabar datos personales sociodemográficos, obtención de los datos de las perspectivas de los médicos mediante guía de entrevista en dos grupos focales, estudiando los discursos derivando en conclusiones.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al contestar el instrumento por el tiempo requerido para su contestación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Analizar las perspectivas de calidad en el médico familiar sobre la atención al paciente con enfermedad crónica, proponer un plan de trabajo para mejora de la atención médica al paciente con enfermedad renal crónica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará información sobre las perspectivas de calidad en el médico familiar sobre la atención al paciente con enfermedad renal crónica, dudas y sugerencias que surjan durante la investigación. Los resultados del estudio serán manejados confidencialmente. El presente estudio será empleado para proporcionar un plan de trabajo para mejora de la atención médica.
Participación o retiro:	Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones
Privacidad y confidencialidad:	Salvaguardaremos sus datos de privacidad y confidencialidad ya que las encuestas son anónimas.
<p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndome explicado y aclarado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Ricardo González Anoya.: cel: 9933110529, correo: ricardo.gonzalezan@imss.gob.mx</p> <p>Colaboradores: Dra. María Isabel Ávalos García cel. 993 207 3609 correo: isaavalos67@hotmail.com Dra. Bronia de Fátima Cadenas Pérez cel: 9934012598 corre: dra.broniacadenas@hotmail.com</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticaiv@imss.gob.mx</p>	
_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</p>	
<p>CLAVE 2310-009-013</p>	



12.2 Anexo B. Datos sociodemográficos

INSTRUMENTO

FOLIO: _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION TABASCO**

Edad: _____ *Sexo:* _____ *Estado civil:* _____

Escolaridad: _____ *Nivel socioeconómico:* _____

Número de empleos: _____ *Antigüedad laboral:* _____



12.3 Anexo c. Guía de entrevista para Grupos Focales.

Perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica. Estudio cualitativo en una unidad del IMSS Tabasco.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	
Analizar las perspectivas de calidad del médico familiar en la atención a pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar, IMSS Tabasco.	
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL	
Identificar las perspectivas y barreras en los médicos familiares con respecto al manejo de la Enfermedad Renal Crónica	
Nombre del moderador	
Nombre del observador	
Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
Preguntas estímulo	
	Perspectivas sobre la calidad en el médico familiar ¿Para usted que es calidad en la atención médica? ¿Cómo cree que debe ser la calidad que usted otorga al paciente con enfermedad renal crónica?
	Perspectivas sobre la estructura existente para la atención en ERC ¿Qué carencias percibe usted que le limitan para dar una atención adecuada a los pacientes con enfermedad renal crónica? ¿Percibe usted algún obstáculo de tipo financiero para dar una atención adecuada a los pacientes con enfermedad renal crónica? De qué tipo.
	Perspectivas sobre el proceso de la atención en ERC ¿Cuál es la principal barrera que encuentra durante el proceso de la atención para el control de paciente con enfermedad renal crónica? ¿De qué manera usted obtiene información para la actualización del manejo del paciente con enfermedad crónica renal? ¿Le realizan procedimiento de evaluación del desempeño o supervisión en la atención al paciente con enfermedad renal crónica?
	Perspectivas sobre el resultado de la atención en ERC ¿Cómo participan los servicios de salud y el paciente en el control de la enfermedad? ¿De qué manera apoya usted al paciente en la enfermedad? ¿Cuál es la principal barrera o motivo de fracaso que identifica para llevar un buen control la enfermedad? ¿Cómo se siente con el apoyo de la institución, el paciente y la familia del paciente para lograr un mejor control de la enfermedad? ¿Qué sugerencias de calidad daría a la institución, al paciente y a la familia para lograr mejor calidad en la atención.
Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)	
	Lugar adecuado en tamaño y acústica
	Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del grupo focal
	Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema
	Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión
	Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes
	Reunión entre 60 y 120 min.
	Registro de la información
	Cierre de la reunión



12.4 Anexo D. Operacionalización de variables

Variable O concepto	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición/valores	Calificació n de la variable	Tipo de estadístic a
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento (real academia)	Cedula de datos de identificación			Dispersión, valor mínimo y máximo, medidas de tendencia central
Sexo	Cualitativa nominal	Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica (real academia)	Cedula de datos de identificación	1.-Masculino 2.-Femenino		Distribución de frecuencia
Estado civil	Cualitativa Nominal	Clase o condición de una persona en el orden social (real academia)	Cedula de datos de identificación	1: soltera (o) 2: unión libre 3: casada (o) 4: divorciada (o) 5: viuda(o)		Distribución de frecuencia
Escolaridad	Cualitativa Nominal	Nivel de educación media que cursa el o la estudiante (real academia)	Cedula de datos de identificación	1: licenciatura 2: maestría 3: doctorado		Distribución de frecuencia
Nivel socioeconómico	Cualitativa Nominal	Nivel económico con el que cuenta actualmente el paciente (real academia)	Cedula de datos de identificación	1: bajo 2: medio 3: alto		Distribución de frecuencia
Número de empleos	Cuantitativa continua	Número de empleos que tiene un trabajador	cantidad de empleos			Medidas de tendencia central.
Antigüedad laboral	Cuantitativa continua	Tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios para una empresa, patrón o unidad económica determinada, independientemente que el trabajador durante dicho tiempo halla cambiado sus funciones, su puesto o que fuere reubicado en una nueva área.	Cantidad de años laborados en el IMSS	Años		Medidas de tendencia central.



Capacitación	Cualitativa nominal	Es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.	Capacitación actualizada de enfermedad renal crónica en el último año otorgada por el IMSS	1. Si 2. No		Frecuencia y porcentaje.
Recursos	Cualitativa nominal	Conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o para llevar a cabo una empresa.	Conjunto de elementos disponibles en la unidad médica familiar para las necesidades de pacientes con enfermedad renal crónica.	1. Suficientes 2. Insuficientes		Frecuencia y porcentaje.
Perspectivas	Cualitativa Nominal	Visión, considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación ya distante, espacial o temporalmente, de cualquier hecho o fenómeno.		Piensa Siente Espera		MAXQDA 2020



12.5 Anexo. Nube de palabras representativas de las perspectivas de calidad de los médicos familiares sobre la atención en enfermedad renal crónica.



Fuente: Grupos focales turnos matutino y vespertino.



- ¹ Poll Pineda J, Rueda Macías N, Poll Rueda A, Mancebo Villalón A, Arias Moncada L. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. MEDISAN. 2017; 21(9):2010-2017.
- ² Cortes-Sanabria L, Alvarez-Santana G, Orozco-Gonzalez C, Soto-Molina H, Martínez-Ramírez H, Cueto-Manzano. Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 (2):124-32.
- ³ Preto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020; 28:1-11.
- ⁴ Cueto-Manzano A, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez H, Márquez-Herrera R, Solórzano-Rodríguez E, Rojas-Campo E. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55 (Supl 2): 134-42.
- ⁵ Aldrete-Velasco JA, Chiquete E. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. Interna Méx. 2018; 34(4): 536-550.
- ⁶ Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-335-09.
- ⁷ Portilla Franco M, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. Nefrología. 2016; 36(6):609–615.
- ⁸ Terazón Miclín O, Vinent Terazón M, Pouyou Semanat J. Determinación del grado de enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos. MEDISAN. 2017; 21(1):19-26.
- ⁹ Martínez Pérez D, Pérez de Alejo Rodríguez L, Moré Chang C, Rodríguez Vial R, Dupuy Núñez J. Estudios de laboratorio clínico para la detección de la enfermedad renal crónica en grupos poblacionales de riesgo. MEDISAN. 2016; 20(1):49-58.
- ¹⁰ Sánchez-Cedillo A, Cruz-Santiago J, Mariño-Rojas F, Hernández-Estrada S, García-Ramírez C. Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. Rev Mex Traspl. 2020; 9 (1): 15-25.



-
- ¹¹ OMS. La enfermedad renal aumenta entre las personas mayores con diabetes e hipertensión [Internet]. Washington, DC:PAHO.org; 11 de marzo de 2014. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379:2014-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=en
- ¹² Costa-Requena G, Moreso F, Cantarell C, Serón D. Alfabetización en salud y enfermedad renal crónica. Nefrología. 2017; 37 (2):115-117.
- ¹³ Martín-Gómez M. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. Nefrología. 2016; 36(5): 556–581.
- ¹⁴ Cadena-Naranjos D, Javier-Hernández A. Detección de Enfermedad Renal Crónica Oculta Mediante Fórmula de Cockcroft-Gault en Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas en el Primer Nivel de Atención en Comalcalco, Tabasco, México. Salud en Tabasco.2016; 22(1 y 2): 42-45.
- ¹⁵ Castellanos Castillo Y, Fong Estrada J, Vázquez Trigo J, Oliva Fong J. Marcadores de daño renal en pacientes con factores de riesgo de enfermedad renal crónica. MEDISAN 2018; 22(2):142-148.
- ¹⁶ Galcerán Gui J. Importancia de la albuminuria/proteinuria y de la insuficiencia renal en la nefropatía diabética como marcador de progresión renal y de enfermedad cardiovascular [internet]. España: Nefrologiaaldia.org: 15 febrero 2016. Disponible en:
<https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-importancia-albuminuria-proteinuria-insuficiencia-renal-nefropatia-106>
- ¹⁷ Regueira S, Díaz M, Jiménez G, Cajape L. Morbilidad oculta de la enfermedad renal crónica en un consultorio médico de la familia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2016; 41 (7): 223 – 226.
- ¹⁸ Ruiz J, Ríos A, Rodríguez JM, Llorente S. Prevalencia y riesgo de progresión de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos e hipertensos seguidos en atención primaria en la Comunidad de Madrid. Nefrología. 2017; 37(3):338–354.
- ¹⁹ Huidobro J, Tagle R. Guzmán A. Creatinina y su uso para la estimación de la velocidad de filtración glomerular. Rev Med Chile. 2018; 146: 344-350.
- ²⁰ Día mundial del riñón. Salud renal para todos, en todas partes. Bélgica: worldkidneyday.org: 14 de marzo de 2019. Disponible en
<https://www.worldkidneyday.org/wkd-2019-spanish/>



- ²¹ Méndez-Durán A., Ignorosa-Luna M, Pérez-Aguilar G, Rivera Rodríguez F, González-Izquierdo J, Dávila-Torres J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estado actual terapia sustitutiva. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(5): 588-93.
- ²² INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Mexico.inegi.org.mx: 31 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- ²³ Tamayo y Orozco J, Lastiri Quirós H. La enfermedad Renal crónica en México. Hacia una política nacional Para enfrentarla. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). 2016.
- ²⁴ Torres-Toledano M, Granados-García V, López-Ocaña L. Carga de la enfermedad renal crónica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55 (2): 118-123.
- ²⁵ Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. Calidad. rae.es: 2001. Disponible en <https://www.rae.es/drae2001/calidad>
- ²⁶ Franch León, Guerra Bretaña R. Las normas ISO 9000: una mirada desde la gestión del conocimiento, la información, innovación y el aprendizaje organizacional. Cofin Habana. 2016; 11 (2): 29-54.
- ²⁷ Vázquez- Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López A, Montiel-Jarquín J, Gutiérrez-Gabriel I, Romero-Figueroa M, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev Salud Pública. 2018; 20(2): 254-257.
- ²⁸ Avalos M, Concepción R, Priego H. Evaluación de la calidad: hacia la atención centrada en el paciente. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1ª ed. 2018.
- ²⁹ Torres M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis Compendium.2015; 57-76
- ³⁰ Secretaria de salud. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. México. Calidad.salud.gob.mx: 3 de junio de 2020. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_02.pdf.
- ³¹ Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. Semergen.2019; 30(20):30.
- ³² PAHO. Access to comprehensive, equitable, and quality health services. Paho.org:2017: Disponible en: Obtenido en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=43>



- ³³ Villagarcía Trujillo E, Delgadillo Guzmán, Argüello Zepeda F, Villanueva Leonor J. percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud del ISSEMyM. *Horizonte Sanitario*. 2016; 15(3): 46-54.
- ³⁴ Sperati CJ, Soman S, Agrawal V, Liu Y, Abdel-Kader K, Diamantidis C, Et al. Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: A mixed methods study. *PLOS ONE*. 2019; 14(8).
- ³⁵ Greer R, Liu Y, Cavanaugh K, Diamantidis M, et al. Primary Care Physicians' Perceived Barriers to Nephrology Referral and Co-management of Patients with CKD: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(7)1228-1235.
- ³⁶ Neale E, Middleton J, Lambert Kelly. Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: a systematic review. *BMC Nephrol*. 2020; 21 (1): 83.
- ³⁷ Clemente L, Teede H, Ilic D, Russell G, Usherwood T, Ranasinha S, et al. Identifying health service barriers in the management of co-morbid diabetes and chronic kidney disease in primary care: a mixed-methods exploration. *Fam Pract*. 2016; 33(5); 492–497.
- ³⁸ Van Dipten, Van S, JC W, Scherpbier N, Brongers B, Van K, et al. General practitioners' perspectives on management of early-stage chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Family Practice*. 2018; 19(81).
- ³⁹ Nash D, Garg A, Brimble K, Markle M. Primary care provider perceptions of enablers and barriers to following guideline-recommended laboratory tests to confirm chronic kidney disease: a qualitative descriptive study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):192.
- ⁴⁰ Simmonds R, Evans J, Feder G, Blakeman T, Lasserson D, Murray E et al. Understanding tensions and identifying clinician agreement on improvements to early-stage chronic kidney disease monitoring in primary care: a qualitative study. *BMJ Open* 2016; 6(3).
- ⁴¹ Thomas N, Rajabzadeh V, Hull S. Using chronic kidney disease trigger tools for safety and learning: a qualitative evaluation in East London primary care. *Br J Gen Pract*. 2019; 26:687.
- ⁴² Casco SA, Rajabzadeh V, Thomas N, Hoong S, Dreyer G, Rainey H, et al. Do virtual renal clinics improve access to kidney care? A preliminary impact evaluation of a virtual clinic in East London. *BMC Nephrol*. 2020; 21(10):10.



- ⁴³ Vassalotti J, Centor R, Turner B, Greer R, Choi M, Sequist T. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *The American Journal of Medicine*. 2016; 29 (2): 153-162.
- ⁴⁴ Mérida de la Torre F.J., Bel Peña N. Ampliar la cartera de servicio de laboratorio en Atención Primaria no incrementa el gasto. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2020; 46(1): 41-45.
- ⁴⁵ Casas, D., Rodríguez A., Tapia E., Camacho E., Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica. *Revista de Medicina e Investigación, Elsevier*. 2014; 2(2):100-106.
- ⁴⁶ García-Reza C, Cruz Campuzano E., Gómez Torres D., Toxqui Tlachino MJ., Sosa García BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. *Rev. Enf. Esc Anna Nery* 2014;18(4):562-569.
- ⁴⁷ Mosleh H, Alenezi M, Johani S, Alsani A, Fairaq G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Crosssectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus*. 2020;12(1):1-11.
- ⁴⁸ Avalos MI, López C, Morales H, Priego H, Garrido S, Cargill N. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Rev. Atención Primaria* 2017; 49(1): 21-27.
- ⁴⁹ Villegas-Alzate J, Vera-Henao S, Jaramillo-Monsalve M, Jaramillo Jaramillo L, Martínez-Sánchez L, Martínez-Domínguez G, et al. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Comunidad y Salud*. 2016; 14 (2):42-49.