

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**“CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y PROVEEDOR DE
SALUD”**

**Tesis para obtener el diploma de especialista en:
Medicina Familiar**

**Presenta:
Patricia Arenas de la Cruz**

**Directores:
Dr. CS. María Isabel Avalos García
Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra**

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2020



**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

Of. No. 0155/DACS/JAEP

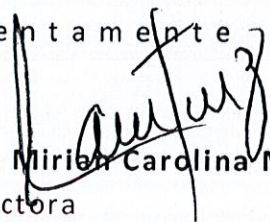
17 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Patricia Arenas de la Cruz
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Ricardo González Anoya, Dr. Abel Pérez Pavón, Dra. Yanet Pérez Méndez, Dr. Elías Hernández Cornelio y el Dr. Antonio Becerra Hernández la impresión de la tesis titulada: "**CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y PROVEEDOR DE SALUD**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. CS. María Isabel Ávalos García y el Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. CS. María Isabel Ávalos García.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Yanet Pérez Méndez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Armando Nájera Castro.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**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



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 13 del mes de febrero de 2020 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 DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y PROVEEDOR DE SALUD"

Presentada por el alumno (a):

Arenas	de la Cruz	Patricia
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula


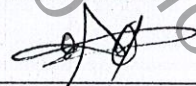
1	7	1	E	5	0	0	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---


Aspirante al Grado de:

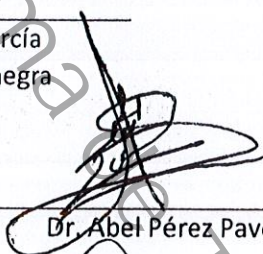
Especialidad En Medicina Familiar

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

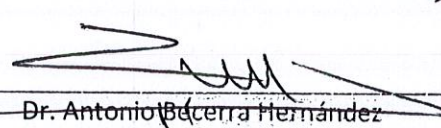

Dra. CS. María Isabel Ávalos García

Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra
Directores de Tesis


Dr. Ricardo González Anoya


Dr. Abel Pérez Pavón


Dra. Yanet Pérez Méndez


Dr. Elías Hernández Cornelio


Dr. Antonio Bécerra Hernández

C.e.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



**División
Académica
de Ciencias de
la Salud**

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 11 del mes de Febrero del año 2019, el que suscribe, Patricia Arenas de la Cruz, alumna del programa de especialidad médica en Medicina Familiar, con número de matrícula 171E50007 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"CALIDAD EN LA ATENCION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y PROVEEDOR DE SALUD"**, bajo la Dirección bajo la Dr. CS. María Isabel Avalos García y el Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra 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: medfam_arenas@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Patricia Arenas de la Cruz

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO
Seillo



DEDICATORIAS

A mi madre por haberme inculcado los valores que me hacen ser la persona que soy, por su esfuerzo, dedicación y apoyo para el cuidado de mi hija, sé que siempre contaré contigo.

En especial a mi hija Melissa, gracias por comprenderme, durante este trayecto aprendí más de ti, que tú de mí, es increíble la manera en que afrontaste todas las circunstancias que se presentaron en nuestra familia, eres una niña muy consciente y madura para tu edad, estos años invertidos te los dedico a ti con todo mi corazón.

A mi esposo por ser paciente y hacer su mejor esfuerzo en la crianza de nuestra pequeña.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado las fuerzas, la voluntad, paciencia y perseverancia necesaria para poder concluir esta investigación.

A mis Directores de Tesis, Dra. María Isabel Ávalos y Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra, agradezco el tiempo invertido, recomendaciones y disposición para dirigirme; a la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez por hacer las observaciones necesarias para mejorar esta tesis.

A mis profesores y compañeros de residencia, por haberme transmitido sus conocimientos, consejos, pero sobre todo ánimo para continuar.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y al Instituto Mexicano del Seguro Social quienes me abrieron sus puertas para realizar esta especialidad médica.

Un agradecimiento especial a los pacientes con enfermedad renal crónica, por la confianza y valentía de expresar sus más grandes miedos, dudas y necesidades, de igual forma a sus familiares y personal médico que les presta atención clínica.

Y a todas las personas que indirectamente y con un pequeño gesto hicieron que esta travesía fuera más ligera.



ÍNDICE

No. Pág.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	V
ABREVIATURAS.....	VI
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	VII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 Enfermedad renal crónica, generalidades	3
2.1.1 Anatomía renal.....	4
2.1.2 Fisiopatología	4
2.2 Clasificación de la enfermedad renal.....	4
2.3 Panorama epidemiológico en el mundo	5
2.3.1 Panorama nacional.....	5
2.4 Papel del médico familiar en el abordaje de la ERC.....	6
2.5 Calidad en la atención médica	8
2.6 Percepción del paciente con enfermedades crónico-degenerativas.....	10
2.6.1 Percepción de la familia sobre la calidad de la atención en salud.....	11
2.7 Marco referencial.....	12
3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	14
4. JUSTIFICACIÓN.....	16
5. OBJETIVOS	18
5.1 Objetivo general.....	18
5.2 Objetivos específicos.....	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
6.1 Tipo de investigación.....	18
6.2 Caracterización de los informantes.....	19
6.3 Selección de participantes	19
6.4 Procedimiento y técnicas de producción de datos	19
6.5 Procesamiento y análisis de la información.....	20
6.6 Rigor del estudio	21
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	21



8. RESULTADOS.....	22
8.1 Resultados pacientes de Hospital Rural Mamantel y UMF No. 43	22
8.1.1 Enfoque y conocimiento del paciente acerca de la enfermedad.....	22
8.1.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud	22
8.1.3 El contexto social y organizativo	23
8.1.4 Integración de la vida con la enfermedad.....	24
8.2 Resultados familiares	25
8.2.1 Enfoque y conocimiento del familiar acerca de la enfermedad	25
8.2.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud	25
8.2.3 El contexto social y organizativo	26
8.2.4 Integración de la vida con la enfermedad.....	27
8.3 Resultados proveedor de salud.....	27
8.3.1 Enfoque y conocimiento del médico acerca de la enfermedad.....	27
8.3.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud	28
8.3.3 Contexto social y organizativo	30
8.3.4 Integración de la vida con la enfermedad.....	30
9. DISCUSIÓN.....	40
10. CONCLUSIONES	43
11. RECOMENDACIONES.....	45
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
13. ANEXOS	51
13.1 Anexo A .Consentimiento informado.....	51
13.2 Anexo B. Datos sociodemográficos.....	52
13.3 Anexo C. Guía de entrevista para Grupos Focales del trabajo de investigación.....	54
13.4 Anexo D. Operacionalización de variables	58



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla/ Gráfico	Título	Página
Tabla 1	Variables Clínicas según tasa de filtrado glomerular.	32
Tabla 2	Variables sociodemográficas de pacientes.	32
Gráfico 1	Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.	33
Gráfico 2	Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud.	34
Gráfico 3	El contexto social y organizativo del paciente, familiar y médico.	35
Gráfico 4	Integración de la vida con la enfermedad.	36
Gráfico 5	Percepción global de la calidad en la atención.	37
Gráfico 6	Nube de palabras representativas según los discursos de pacientes.	38
Gráfico 7	Nube de palabras representativas según los discursos de familiares.	38
Gráfico 8	Nube de palabras representativas según los discursos de proveedores de salud.	39



ABREVIATURAS

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de Medicina Familiar
HRM	Hospital Rural Mamantel
ERC	Enfermedad renal crónica
ERCT	Enfermedad renal crónica terminal
FG	Filtrado glomerular
TFG	Tasa de filtración glomerular
TSR	Terapia sustitutiva renal
MDRD	Modification of diet in renal disease
DP	Diálisis peritoneal
HD	Hemodiálisis
CKD-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar una enfermedad.

Calidad de la atención médica: Propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura y resultados, repercute en la satisfacción del usuario.

Calidad Percibida: Interpretación o juicio valorativo sobre la calidad de un servicio o programa de salud visto desde la perspectiva del paciente.

Familia: Grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Prestador del servicio médico: Instituciones de salud de carácter público, social o privado, así como los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, sea que ejerzan su actividad en dichas instituciones o de manera independiente.

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Diabetes Tipo 2: Diagnóstico obtenido de acuerdo a ciertos parámetros laboratoriales: Glucosa plasmática en ayuno > 126 mg/dL, glucosa plasmática > 200 mg/dL después de 2 horas de una carga oral de glucosa, un valor de hemoglobina glucosilada (HbA1c) > 6.5% acompañado de poliuria, polidipsia, pérdida de peso del cual se ha establecido ya el diagnóstico médico.



HAS: Enfermedad caracterizada por el incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Se define con un valor $>$ a 140/90 mmHg (presión sistólica/presión diastólica/milímetros de mercurio)

Enfermedad renal crónica: Daño renal o tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1,73m² durante 3 meses o más, independientemente de la presencia de marcadores de daño renal, o bien, como la presencia de daño renal, independiente de la TFG.

ERCT: Enfermedad renal crónica terminal, es la etapa final del daño permanente e irreversible de la función renal que requiere el inicio de alguna forma de terapia sustitutiva. (Diálisis o trasplante).

Tasa de filtración glomerular: Volumen de fluido filtrado por unidad de tiempo desde los capilares glomerulares renales hacia el interior de la capsula de Bowman. Este índice es usualmente empleado para medir la función renal.

CKD-EPI: Fórmula internacional para calcular la tasa de filtrado glomerular

Perspectivas: Punto de vista acerca de algo, o manera de ver las cosas.

Emociones: Estados, movimientos o condiciones por el cual el ser humano advierte el valor o importancia que una situación determinada tienen para su vida, sus necesidades o sus intereses.



RESUMEN

Título: “Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica desde la perspectiva del paciente, familiar y proveedor de salud.”

Objetivo: Analizar las perspectivas del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar rural y urbana. **Material y métodos:** Estudio cualitativo, comparativo, exploratorio en pacientes con algún estadio de la Enfermedad renal crónica que reciban atención médica en el Hospital Rural Mamantel (IMSS Bienestar- Campeche) y de una zona urbana del estado de Tabasco (UMF No 47). Se realizaron 6 grupos focales, 3 de cada unidad de atención de 10 integrantes cada uno, incluidos el paciente, un familiar y el prestador de servicio, se aplicó una entrevista guiada, se hizo saturación de los discursos y la triangulación de la información, usando el programa de análisis Maxqda 2020. **Resultados:** El 50% de los pacientes se encuentran en estadio G3a. El 80% de los pacientes son mujeres, el tipo de familia extensa en un 85%. La percepción global en la calidad en la atención médica desde el punto de vista del paciente es regular en un 60%, 70% según el familiar y 40% según el médico. El 50% de los pacientes aceptan que hay descontrol de la enfermedad de base, 100% de estos pacientes se niegan a recibir alguna de las terapias de sustitución renal aun cuando se considere necesario. **Conclusiones:** La zona sociodemográfica influye positivamente en la atención integral, la red de apoyo familiar en ambos grupos es la familia, los médicos consideran que los pacientes incumplen en el tratamiento mientras que el paciente se siente excluido socialmente.

Palabras claves: *perspectiva, calidad, atención, enfermedad renal crónica.*



ABSTRACT

Title: "Quality in the care of chronic kidney disease from the perspective of the patient, family and health provider" .

Objective: To analyze the perspectives of the patient, family and health provider in the care of chronic kidney disease in a rural and urban family medicine unit.

Material and methods: Qualitative, comparative, exploratory study in patients with some stage of chronic kidney disease who receive medical attention at the Mamantel Rural Hospital (IMSS Bienestar-Campeche) and an urban area of the state of Tabasco (UMF No. 47). 6 focus groups were conducted, 3 from each care unit of 10 members each, including the patient, a family member and the service provider, a guided interview was applied, the speeches were saturated and the information was triangulated, using the Maxqda 2020 analysis program. **Results:** 50% of patients are in stage G3a. 80% of patients are women, the type of extended family in 85%. The overall perception of the quality of medical care from the patient's point of view is 60%, 70% according to the family member and 40% according to the doctor. 50% of patients accept that there is lack of control of the underlying disease, 100% of these patients refuse to receive any of the renal replacement therapies even when it is considered necessary. **Conclusions:** The sociodemographic zone positively influences comprehensive care, the family support network in both groups is the family, doctors consider that patients fail to comply with the treatment while the patient feels socially excluded.

Keywords: *perspective, quality, care, chronic kidney disease.*



1. INTRODUCCIÓN

El progresivo aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la población ha permitido que la prevalencia e incidencia de nuevos casos de enfermedad renal crónica sea proporcional, se estima que los pacientes con Diabetes tienen de 2 a 4 veces la probabilidad de tener complicaciones nefrovasculares y hasta 10 veces más si se trata de Diabetes tipo 1,¹ esto a su vez demanda más de los servicios de salud, convirtiéndose en un reto para los sistemas de atención sanitaria, que han intensificado los esfuerzos para prevenir complicaciones y disminuir los costos en la atención de las mismas.²

En México ha pasado a ser una de las diez principales causas de muerte y a considerarse una condición que genera gastos catastróficos. Más de 100 mil ciudadanos mexicanos utilizan alguna terapia de reemplazo renal, principalmente la diálisis peritoneal, razón por la cual México es uno de los países con más enfermos renales en tratamiento con esta terapia. En el caso de Latinoamérica, este país tiene el 73% de la población que utiliza esta terapia dialítica, los países desarrollados gastan alrededor del 2 al 3% de su gasto en salud en la atención de ERC (Enfermedad Renal Crónica) para la atención del 0.1 al 0.2% del total de la población.³

El impacto de la ERC trasciende los límites de la persona que la padece y se despliega a todos aquellos que dan atención al paciente, ya que la enfermedad afecta a todo el sistema familiar, altera la dinámica y el funcionamiento normal de esta. Esto hace pensar que los servicios de atención requieren de nuevos modelos asistenciales, dirigidos no solo hacia la persona con ERC, sino a toda la unidad familiar, y que proporcionen un cuidado proactivo y continuo a todas las personas involucradas.⁴

La falta de información sobre la enfermedad renal, la capacidad económica, el no tener seguridad social, los altos costos de las terapias sustitutivas, son dificultades que enfrentan los pacientes, que repercuten en su modo de ver la vida y su enfermedad, repercutiendo directamente en la actitud con la que la enfrentan. La



ERC se presenta progresiva, lenta e irreversible, la presentación de sus síntomas aparecen lentamente y no son específicos de la enfermedad por lo que se requiere de un enorme esfuerzo de adaptación por parte del paciente, familiar y personal de salud capacitado, para la detección oportuna, y manejo integral.

La calidad en la atención ejercida por el personal de salud en sus planes y estrategias de limitar el daño renal, no siempre es la misma que percibe el paciente pues existen diversos factores socioculturales, demográficos, psicológicos, que determinan la satisfacción del paciente desde su percepción, esto involucra que el proveedor de salud mantenga una comunicación efectiva así como el profesionalismo con el que se dirija al paciente. ⁵

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



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedad renal crónica, generalidades

La ERC se considera como una patología, que puede prevenirse, es progresiva, y puede no presentar síntomas hasta etapas avanzadas de la misma, es producto de las complicaciones de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Los pacientes que progresan a insuficiencia renal crónica terminal (estadio G5) son candidatos a sustituir la función renal con terapias dialíticas (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y en otros casos iniciar protocolos para trasplante renal, estas medidas son de alto costo para las instituciones públicas, generan discapacidad parcial o total en el paciente, deterioro en la calidad de vida, además de incrementar el riesgo cardiovascular y la muerte. El inicio de la terapia de reemplazo es un punto crucial para el pronóstico con IRC ya que la supervivencia del paciente depende en gran parte, del estado del mismo en dicho momento; el inicio de diálisis no programada se ha asociado a mayor morbilidad, mortalidad y altos costos.⁶

La ERC se define como un proceso fisiopatológico de múltiples etiologías que da lugar a la pérdida progresiva e inexorable del número funcional de nefronas, con la posibilidad de conducir a una insuficiencia renal crónica (IRC). La enfermedad renal crónica terminal, es la etapa final del daño permanente e irreversible de la función renal, que requiere el inicio de alguna forma de terapia sustitutiva ya sea Diálisis o trasplante renal, una forma de medir la función renal es mediante el índice de Tasa de filtración glomerular que se traduce en el volumen de fluido filtrado por unidad de tiempo desde los capilares glomerulares renales hacia el interior de la capsula de Bowman.⁷

La estimación de la tasa de filtrado glomerular (FG) se obtiene con diversas fórmulas, en México en el año 2014 se realizó por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán la validación de la fórmula CKD-EPI (β 0,82; IC 95 % 0,085 a 1,56; $p = 0,029$), misma que es vigente y reproducible en distintos países del mundo, los datos necesarios para la realización de la misma son edad y creatinina sérica.⁸



2.1.1 Anatomía renal

El riñón es un órgano par con forma de judía y de color rojo violáceo, que está situado en las fosas lumbares, detrás del peritoneo, y a ambos lados de la columna, aproximadamente entre la duodécima vértebra dorsal y la tercera vértebra lumbar. La unidad funcional del riñón es la nefrona, que es la responsable de la purificación de la sangre. El objetivo del riñón es mantener el medio interno adecuado, tanto en composición como en volumen. Las principales funciones del riñón son: Depuración de la sangre y control de líquidos y electrolitos mediante la formación de la orina, Control de la presión arterial, control de la hematopoyesis, conversión de la vitamina D3 y regulación del pH.⁹

2.1.2 Fisiopatología

El riñón es la vía natural de eliminación de los productos nitrogenados. Se basa en que, a diferencia de azúcares y grasas cuyo producto final es H₂O y CO₂, el producto final del metabolismo proteico es el nitrógeno, que se elimina principalmente por vía renal, en forma de urea. Con la progresión de la insuficiencia renal estos productos nitrogenados (junto a fosfatos, sulfatos y ácidos orgánicos) se acumulan en proporción a la pérdida de la función renal. Esto no solamente dio origen al principio de restricción de proteínas, sino también al modelo cinético de la urea para establecer la dosis de diálisis. De hecho la restricción proteica ha prevalecido durante décadas (desde 1918) y ha sido la piedra angular del tratamiento cuando no existía la diálisis.¹⁰

2.2 Clasificación de la enfermedad renal

En el año 2002, la National Kidney Foundation (NKF), en las guías K/DOQI, clasificó a la ERC como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal con una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1,73m² o Marcadores de daño renal que se presente durante 3 meses o más, y con implicaciones para la salud. Una vez confirmado el diagnóstico de la ERC, esta se clasifica en 5 estadios, según las categorías de FG en G1 > 90 ml/min considerado Normal o elevado, G2 de 60-89 ml/min Ligeramente disminuido, G3a 45-59 ml/min Ligera a moderadamente disminuido, G3b 30-44 ml/min Moderada a gravemente



disminuido, G4 15-29 ml/min Gravemente disminuido y G5 < 15 ml/min traducido a Fallo renal. La albuminuria en orina de 24 horas se clasifica en A1 < 30, A2 30-300 y A3 > 300 mg/24 horas.¹¹

2.3 Panorama epidemiológico en el mundo

Desde el 2006 se celebra el 12 de marzo el “Día mundial del Riñón”, siendo esta una iniciativa de la Sociedad Internacional de Nefrología y de la Federación Internacional de Fundaciones Renales, teniendo como objetivo hacer conciencia y promoción de esta enfermedad que es reconocida como un problema mundial de salud pública, García García (2015) expresa que existe disparidad en la atención sanitaria, considerando a los grupos vulnerables sin acceso a un servicio de salud, refiere, que la pobreza influye negativamente en las conducta sanas, las minorías étnicas en Estados Unidos tienen mayor incidencia de enfermedad renal, en Singapur las personas con factores socioeconómicos no favorables tienen de 70 a 80% de riesgo de ERC, en Australia en los últimos 25 años hay mayor número de pacientes indígenas con terapia sustitutiva renal, en relación a la población no indígena debido a que en la mayoría de los casos la ERC fue secundaria a nefropatía diabética.¹²

2.3.1 Panorama nacional

En México no hay un registro de pacientes con enfermedad renal crónica, sin embargo se estima el número de casos sería proporcional al número de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, Méndez Durán (2014) realizó un estudio retrospectivo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), recolectó datos de las 35 delegaciones del país. Para finales del 2013 se reportaron 56.430 pacientes con enfermedad renal crónica con sustitución renal, 60% de estos en Diálisis peritoneal y 40% en Hemodiálisis. Las causas de la enfermedad fueron Diabetes 52.6% e Hipertensión 35.2%, el sexo masculino prevalece en un 57%, la edad promedio es de 62 años, La mayor prevalencia se observó en las delegaciones de Tlaxcala, y Jalisco.¹³



Cueto Manzano (2017) describe que el Sistema de Datos Renales de los Estados Unidos (USRDS) coloca al estado de Jalisco en el primer lugar en incidencia y el sexto en prevalencia de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a nivel mundial. El número de pacientes en diálisis en el IMSS es de aproximadamente 63 991 pacientes. El tratamiento de la ERCT representó para el IMSS el 15% del gasto total anual que equivale a \$13 250 millones de pesos; este gasto se invirtió en el 0.8% de los derechohabientes¹⁴

En el 2017, INEGI reporta a la insuficiencia renal entre las diez principales causas de muerte en México, con registro de 13 167 decesos ocurriendo estas defunciones en personas mayores de 45 años. Del total de las muertes por enfermedades de insuficiencia renal, las presentadas por insuficiencia renal crónica representan el 72.1% con 9 499 sucesos, se reporta una tasa de mortalidad de 1.3, con prevalencia en el sexo masculino. El número de pacientes en diálisis en el IMSS es de aproximadamente 63 991 pacientes.¹⁵

La limitación del daño renal es una área de oportunidad en las unidades de atención primaria, si bien las complicaciones tardías deben ser atendidas y sustituidas, la detección oportuna podría hacer la diferencia en la progresión de esta enfermedad, es un área de actividad proactiva para el área médica en relación a la capacitación y manejo de estos pacientes, así como la implementación de estrategias para mejorar los hábitos y estilos de vida de los pacientes, identificando factores de riesgo, mediante estrategias educativas en relación al uso irracional de fármacos y autocuidado, estadificar precozmente a este grupo de pacientes, se destaca la importancia de involucrar a las autoridades locales, nacionales e internacionales en la accesibilidad a las acciones de prevención primaria y secundaria de la enfermedad.¹⁶

2.4 Papel del médico familiar en el abordaje de la ERC

El abordaje de la ERC como en todas las patologías debe ser valorado por el médico familiar de forma integral, Grau Abalo (2016) aporta en su estudio de las enfermedades crónicas que el componente psicológico o psicosocial está presente en las enfermedades crónicas, tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la



protección de la misma, el 45 % de pacientes con enfermedades crónicas tienen adherencia al tratamiento y esto puede ser debido a los factores que son perjudiciales, como el aislamiento social y emociones mal manejadas como la ansiedad, depresión e ira. El papel del personal de salud es detectar y ofrecer los factores protectores como la adherencia a tratamientos, el apoyo social deseado y percibido, fomentar el autocuidado, autocontrol emocional, motivación y reconocimiento activo¹⁷, brindar la información de forma clara y asegurarse que la información es adecuadamente percibida, permite crear un vínculo de confianza que genera cambios en las creencias y mitos que pudiera percibir en entorno familiar acerca de la enfermedad y como resultado mejor pronóstico de la misma.

18

El modelo de atención en la ERC es escalonado y se realizan acciones de acuerdo a cada estadio de forma multidisciplinaria, motivando al paciente a exponer metas claras y alcanzables para reducir factores de riesgo. Este plan de manejo no solo limita el daño renal sino que indirectamente se logra el control de las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, se propone una ruta de atención : 1.- Identificar a pacientes en riesgo para ERC, en pacientes sin factores de riesgo reforzar los hábitos positivos en el estilo de vida, y reevaluar en 1 año. 2.- Si tiene factores de riesgo cuantificar niveles de creatinina sérica y cuantificar la TFG, y determinar la presencia de marcadores de daño renal, en casos especiales estudios complementarios, en pacientes con estudios normales revalorar en 1 año con el reforzamiento positivo en los estilos de vida. 3.- Clasificar la gravedad del estadio renal. 4.- Establecer un plan de manejo de acuerdo al estadio, medidas de autocuidado, fármacos nefroprotectores y cardioprotectores, en caso de estadio 4-5 proporcionar la adecuada preparación para el inicio de la TSR de forma oportuna con la derivación oportuna al Nefrólogo. El Equipo multidisciplinario con enfoque en las necesidades del paciente y adaptado a los recursos que se tengan a la mano colabora a enlentecer el avance del daño renal en aquellos pacientes que ya tienen ERC.^{6,9,19}



Candelaria et al (2017) diseñaron un programa de educación comunitaria sobre salud nefrológica en adultos mayores. Mediante técnicas participativas durante un año, se demostró que el 82,6 % de la población es estudio no había recibido información sobre los factores de riesgo de la enfermedad; el 81,3 % no conocía que era la enfermedad renal crónica, lo que nos traduce que la educación en la atención primaria es limitada, sin continuidad, con poco impacto y una relación médico –paciente mermada.²⁰

Uno de los roles del médico de familia consiste en informar de manera oportuna, realista, con un lenguaje claro y apropiado a la familia sobre la condición clínica del paciente, la historia natural de la enfermedad y complicaciones a corto plazo, hacer ver las fortalezas y 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.²¹

2.5 Calidad en la atención médica

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años, el diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad 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.²²

El término calidad se entiende como un concepto relativo tomando en cuenta al binomio producto/cliente, por lo tanto depende según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume. Ernesto Ché Guevara (1963) definió la calidad como el respeto al pueblo, satisfacer necesidades en beneficio a la sociedad.²³

La Organización Internacional de Normalización ISO 9001-2015, menciona a la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos de un servicio o producto para los cuales se elabora.²⁴

Avedis Donabedian, define la calidad de la atención en salud como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes. La Organización Mundial de la salud (OMS), la define como un



alto nivel de excelencia profesional, relacionada con el uso eficiente de los recursos, con el mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte de este.²⁵

En México se han emprendido muchas acciones a través de los años para construir plataformas que mejoren la calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud. En 1950 el IMSS inicio auditorías a los expedientes clínicos, de allí surgió el interés de crear programas y estrategias para la mejora en la calidad de atención médica en nuestro país, con el objetivo de lograr una cobertura universal de salud, se crearon organizaciones que pudieran vigilar y constar de bien hacer, con el objetivo de que la atención fuera homologada y reproducible en cualquier institución, haciéndose valer por los Códigos de ética, Normas oficiales mexicanas, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) certificación del personal de salud y demás comisiones en el área de salud, mismas que se renuevan según los resultados que se presenten en beneficio de la satisfacción del paciente. Existe un financiamiento federal y políticas públicas para la educación en salud que haga sellar este proceso de retroalimentación y brindar la seguridad en la atención.

Se habla de un hexágono de la calidad de la atención al paciente, donde 6 dimensiones se asocian, que son dinámicas, se interrelacionan y la falta de uno de estos elementos nos traduce a una calidad incompleta o parcial, estas son: 1.- Dimensión técnica en procesos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y paliativos. 2.- Dimensión interpersonal (la percepción del trato recibido) 3.- Dimensión política (programas específico, políticas de salud pública) 4.- Dimensión estructural (Recursos humanos, financieros, materiales, físicos y tecnológicos. 5.- dimension desarrollo organizacional (Evaluaciones y mejoras) 6.-Dimension de eficiencia (Costo-Beneficio).²⁶

La calidad es subjetiva y se puede valorar con la percepción y/o satisfacción del paciente; esta es la dimensión más estudiada cuando se evalúa calidad, a la vez es un indicador que mide resultados, al cual se le otorga cada vez mayor



importancia, misma que se puede interpretar de forma cualitativa y cuantitativamente. La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”, mientras que la percepción es cómo reciben y valoran las personas los servicios, las percepciones están enlazadas con dimensiones de la calidad del servicio que son: confiabilidad, seguridad, sensibilidad, empatía y elementos intangibles.²⁷

Los términos paciente-cliente o médico-proveedor pueden usarse según la libertad y confianza de los mismos, sin perder de vista la relación afectiva. El término cliente en el ámbito de salud surgió en 1970 y fueron las enfermeras quienes lo acuñaron, los psiquiatras consideraron el uso de la palabra cliente en lugar de paciente ya que podría ayudar a las personas al manejo de enfermedades mentales como la esquizofrenia ya que la palabra paciente como tal, hacía sentirse más enfermos a este grupo de personas.²⁸

2.6 Percepción del paciente con enfermedades crónico-degenerativas

En el estado de Tabasco en el año 2010 (Ávalos García) realizó un estudio sobre la calidad de la atención al paciente con Diabetes tipo 2. Donde se hizo la revisión de 500 expedientes, se demostró el nivel insuficiente de conocimiento de los médicos en cuanto a las acciones de diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, lo que se refleja en incongruencias clínico-diagnósticas y diagnóstico-terapéuticas. Los pacientes que acuden a las unidades de atención primaria de salud, para el seguimiento y control, demuestran conocimientos insuficientes sobre su padecimiento, manejo de los síntomas, tratamiento y prevención de complicaciones. La satisfacción con la atención fue elevada, sin embargo se evidenció el descontrol metabólico, los niveles de presión arterial, hemoglobina glucosilada, triglicéridos y colesterol sin llegar a las metas terapéuticas, el sobrepeso, obesidad y sedentarismo prevalentes, los pacientes no llevan una alimentación adecuada, no asisten a grupos de ayuda mutua y tienen poco apego al tratamiento. Se concluye que tanto el prestador de servicios a la salud como el



cliente tienen deficiencias en el actuar correspondiente lo que equivale a una parcial calidad en la atención.²⁹

Un estudio descriptivo observacional realizado en 196 pacientes mediante entrevistas que se realizaron entre septiembre de 2014 y abril de 2015, evaluó la percepción de la enfermedad en pacientes crónicos desde la Atención Primaria en el entorno de la Comunidad Foral de Navarra utilizando el cuestionario BIPQ que evalúa la percepción de enfermedad mediante 9 ítems, evaluación de los cuidados recibidos por parte del paciente mediante el cuestionario PACIC, el Índice de Katz que valora el grado de independencia de las actividades de la vida diaria, el riesgo social en el entorno sociofamiliar del paciente se evaluó mediante la Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. Se concluyó que al aumentar el número de enfermedades crónicas, es mayor la dependencia en las actividades de la vida diaria y peor la calidad de vida auto percibida. La mejor calidad de la atención crónica percibida se asoció con una mejor comprensión de la enfermedad. El estado de salud en general influyó de forma desfavorable en la percepción de la enfermedad, y esta tuvo una influencia directa en estrategias de afrontamiento inadaptadas con ansiedad y depresión.³⁰

2.6.1 Percepción de la familia sobre la calidad de la atención en salud

Ávalos García y colaboradores realizaron en Tabasco, México, un estudio que identificó las perspectivas de los integrantes de la familia de los pacientes respecto al control y la calidad de la atención en pacientes con diabetes. Se categorizó según los roles asignados al paciente, la integración de la vida con la enfermedad, el enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad y el contexto social y organizativo. Los familiares manifestaron insatisfacción en el servicio de atención médica catalogándolo como pésimo, consideraron que aunque acudan a las citas de valoración los pacientes continúan en descontrol metabólico, expresan poco tiempo para la atención médica, inconformidad en el surtimiento de fármacos, poca inclusión y apoyo familiar en el tratamiento no farmacológico. El desconocimiento y mitos sobre la diabetes es muy marcado, esto refuerza negativamente el actuar de el familiar ante la enfermedad ya sea por omisión o por



exceso de confianza, reconocen que ante un mundo globalizado y con una situación económica familiar carente, es difícil adquirir fuera de casa un menú que cumpla con los requerimientos que necesitan.³¹

2.7 Marco referencial

El estudio realizado en Colombia publicado en 2016 por Cano SM, valora el concepto de calidad mediante un proceso de 4 fases: pre-atención, atención inicial, atención como tal y post-atención. Demostró mediante experiencias del usuario el significado de la calidad en la atención; se observa que los pacientes tienden a confundir calidad con calidez, para este grupo de personas calidad es: un trato humanizado, la capacidad resolutive del médico para resolver sus dudas y problemas médicos, que los atiendan rápido y esta agilidad sea desde el momento en que solicitan una consulta hasta la realización de los trámites de afiliación, surtimiento de recetas y seguimiento, a muchos pacientes no les agrada que el médico sea paternalista, solicitan se les incluya en la toma de decisiones para la salud propia.³²

(Gerónimo Carrillo) realizó un estudio descriptivo y transversal en un centro de salud urbano de primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco, en los meses de septiembre a diciembre de 2015 que valoró la satisfacción en la calidad de la atención mediante la encuesta SERVQUAL en su versión para servicios de consulta externa, con 22 items para expectativa previo a la consulta médica y 22 items que valoran percepción posterior a la misma, se demostró que solo el 8,5% de los pacientes estuvieron satisfechos con la calidad de atención recibida, el resto de la población presentó insatisfacción por el tiempo prolongado de espera para la atención médica, el incumplimiento del horario de atención, el poco surtimiento de medicamentos en la farmacia y la infraestructura del lugar de la atención. La mayor satisfacción en la atención recibida se encontró en las dimensiones de seguridad y empatía.³³



En el estado de Yucatán (Alonso Novelo) 2016 se realizó un estudio similar donde 40% de los pacientes considera que el servicio fue de calidad, un 33% consideró que el servicio excedió sus expectativas, sin embargo, un 27% manifestó encontrarse insatisfecho, al esperar del más del servicio.³⁴

Hay discrepancia entre el estudio antes descrito y el realizado por Szwako A publicado en el 2017 en una unidad de cátedra de medicina familiar de Paraguay, donde el objetivo fue valorar la percepción de la calidad en la atención médica, donde el 90% de los pacientes externaron satisfacción en la atención medica recibida, 60% consideraron que el tiempo de espera para la consulta siempre es adecuado, 77% reconoce que el médico explica todo en cuanto a su patología y lo que desea saber, 81% percibió que el tiempo de consulta es suficiente, así mismo recomendarían consultar en esta unidad y ellos continuarían asistiendo.³⁵

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, utilizando un diseño etnográfico en la Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Incluidos 12 participantes, cinco mujeres y siete hombres. Al inicio de la enfermedad renal cuatro tenían seguridad social lo cual les aseguraba la atención médica gratuita, durante las entrevistas se detonan ciertos aspectos que al paciente le preocupan y sin barreras para la continuidad y adecuado manejo de la enfermedad renal; consideran que al inicio las dificultades económicas fueron el primer obstáculo, pues no todos tienen acceso a atención médica en una institución que ofrezca los servicios de terapia renal con sus respectivas sesiones y catéter a usar, otra situación es que el paciente no acepta la terapia sustitutiva, conforme acepta e inicia sus diálisis aprende de ellas, fortalece su autocuidado con el apoyo de sus familias y la orientación de los médicos tratantes.³⁶



3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es una enfermedad que impacta y cambia el estilo de vida de forma irreversible, debido a la repercusión en la salud física, psicológica, social y económica. Constituye un serio problema de salud pública global, asociados a una prematura mortalidad, discapacidad, disminución de la calidad de vida y un elevado y creciente costo de los servicios de salud.³⁷

Si bien las técnicas de reemplazo renal permiten a las personas con enfermedad renal crónica terminal prolongar su vida, también afecta a la realización de sus actividades cotidianas y a largo plazo su calidad de vida. Se dice que la prevención es la piedra angular en los médicos de primer nivel, y teniendo en cuenta los costos y las consecuencias a la salud de estas complicaciones es necesario actuar a tiempo.

No es necesario llegar a estos estadios de la enfermedad para actuar de forma urgente y con todas las comorbilidades que conlleva, por ello se pretende mediante pláticas educativas, vivenciales y orientación nutricional que los pacientes conozcan más acerca de su enfermedad y las complicaciones que puedan presentar, así como los beneficios de los cuidados a su salud y persona si siguen una serie de medidas que no solo frenarían la progresión de la enfermedad, si no que podrían regresar a estadios inferiores.

Las enfermedades crónicas en general no son bien aceptadas por el paciente, hay cambios biopsicosociales que modifican el comportamiento del individuo, la actitud, estilos de vida, el ambiente familiar así como el rol en la familia y el ciclo en el que curse es punto clave en la adaptación, aceptación y afrontamiento de la enfermedad. Se dice que hay mayor riesgo de mortalidad y la reducción de la adherencia al tratamiento en pacientes con bajo apoyo social en especial en pacientes que se encuentran en terapia sustitutiva renal, por lo que es importante analizar a las familias de nuestra población.³⁸



La única forma de saber cuáles son las necesidades del paciente es preguntándole directamente de forma objetiva y explícita, desde su perspectiva personal y familiar. El paciente está inmerso en una familia, y el uso de los recursos que estén a su alcance así como los servicios de salud que evalúen de forma integral al paciente son recíprocamente importantes. Una estrategia para afrontar la disfunción y crisis que pudiera ocasionar la ERC es la terapia familiar sistémica.³⁹

En el área de la salud la calidad se aplica para valorar la atención brindada a los usuarios, se encuentra asociada a los procesos de asistencia sanitaria, siendo punto clave para determinar los aciertos y errores en todos los niveles de atención y el apego que existen a ciertas normas que rigen el actuar de los profesionales de la salud, a mayor eficiencia en el campo de la salud es sinónimo de mayor calidad en el servicio.

Considero existe diferencia en las opiniones de los pacientes, familiares y proveedores de salud según la demografía, estado sociocultural, e incluso entre distintas instituciones en la atención y seguimiento de una enfermedad crónica, relacionado con desigualdad en la disponibilidad y calidad en los servicios de salud.

Sería de mucha ayuda para el mejor apego y control de los pacientes con enfermedades crónicas conocer cuáles son sus puntos de vista, cómo afrontan y viven con sus patologías para poder entender y así realizar las estrategias de gestión que estén a nuestro alcance para lograr el mejor control metabólico, prevenir y derivar cuando se presente una complicación.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las perspectivas del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar rural en relación a una en región urbana?



4. JUSTIFICACIÓN

La ERC es un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que 850 millones de personas en el mundo padecen enfermedad renal por diversas causas. La ERC provoca al menos 2.4 millones de muertes al año y de 2.3 a 7.1 millones de muertes prematuras por falta de acceso a diálisis, hemodiálisis y trasplante renal siendo actualmente la onceava causa de mortalidad mundial. En los últimos 20 años en México incrementó un 52% % en el número de casos nuevos de ERC, y el 142% la tasa de mortalidad por diversas complicaciones.⁴⁰

La educación y el conocimiento que el paciente con ERC tenga de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo son de primordial importancia, pues como toda enfermedad en su evolución natural hay puntos y estrategias de intervención. El objetivo de este estudio es conocer las perspectivas de la enfermedad a través del médico tratante, el paciente con enfermedad renal y su familiar, para que desde esos puntos de vista se pueda comprender ciertas situaciones que se presentan en este grupo social, para al final poder ofrecer estrategias para las mejoras en la calidad de vida y la atención médica del paciente.

La ERC tiene distintos estadios y en cada uno de ellos se interviene dependiendo las causa principal o de base que haya desencadenado tal enfermedad, en su último estadio KDIGO 5, las terapias son altamente costosas, además de ello la calidad de vida del paciente es mermada, esto limita las actividades de la vida diaria, teniendo la familia un papel importante de apoyo, pues se necesitara en los casos de agudización la asistencia de una segunda persona, involucrando aspectos económicos, laborales, de calidad de vida del cuidador y sociales. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), determinan que uno de cada 10 adultos en el mundo está afectado en algún grado por este padecimiento.⁴¹



En México se estima que entre el 70 y el 80% de los pacientes que ingresan a diálisis lo hacen de forma urgente por situaciones que ponen en riesgo la vida del paciente: arritmias ventriculares, acidosis, y encefalopatía por mencionar algunas de las complicaciones. La ERC es una enfermedad lenta y progresiva, no se justifica una urgencia de este tipo cuando esta enfermedad es crónica y detectable en estadios tempranos.⁴²

Observó que a los servicios de urgencias acuden pacientes con ERC estadio 5, con deterioro sistémico, y riesgo de muerte inminente, considero que estos casos podrían disminuir si se realizan intervenciones de prevención y promoción para la salud en etapas iniciales de la enfermedad, muchos de estos pacientes no tienen conocimiento de su estado de salud y otros tantos no comprenden la magnitud de las complicaciones que podrían presentar.

Si se llevan a cabo de manera sistemática y organizada las acciones específicas de acuerdo a lo ya descrito por las guías internacionales y guías de práctica clínica, con el manejo multidisciplinario, los pacientes que estén en los inicios de esta enfermedad tendrían la oportunidad de no tener la progresión de la enfermedad. Aquí habría que hacer un paréntesis, el conocimiento de la enfermedad y las complicaciones de la ERC, son también responsabilidad y ocupación del paciente. Tengo la convicción de que, dejaré plasmado las inquietudes e insatisfacciones del médico, paciente y familiar con el objetivo de retomar la forma de trabajo con estos pacientes tomando en cuenta las fallas y los aciertos en este grupo social vulnerable.

Se pretende detectar a los pacientes de la UMF 43 delegación Tabasco, y Hospital Rural Mamantel que se encuentran con diagnóstico de ERC; analizar cómo perciben su enfermedad, que tan comprometidos están con su salud, de qué forma se involucran sus familiares y cuál es el rol del médico. Se espera que la atención recibida por el paciente sea integral y holística. En relación a las respuestas obtenidas se determinará si estos pacientes se encuentran satisfechos con los servicios ofrecidos en las unidades médicas y se escucharán sus propuestas para las mejoras en la atención integral.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Analizar las perspectivas del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica en una unidad de medicina familiar rural y urbana.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar las variables sociodemográficas y clínicas que pueden influir en la percepción de la calidad en la atención en la enfermedad renal.
- 2) Valorar el conocimiento de la enfermedad renal crónica desde el punto de vista del paciente, familiar del paciente y proveedor de salud de la UMF No. 43 y el HRM.
- 3) Identificar las barreras percibidas por pacientes, sus familiares y el proveedor de salud con respecto al manejo de la Enfermedad Renal Crónica.
- 4) Analizar si existe alguna diferencia en las perspectivas en la calidad en la atención en la región rural en comparación con una unidad de área urbana.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación

Estudio cualitativo, comparativo, exploratorio en pacientes con algún estadio de la enfermedad renal crónica, que reciben atención médica en el Hospital Rural Mamantel (IMSS Bienestar- Campeche) y de una zona urbana del estado de Tabasco (UMF No 43). Esta investigación se fundamentó en la interpretación y la comprensión del significado de un fenómeno social, se necesita conocer las experiencias de los informantes y la forma en la que interpretan su padecimiento, así como la calidad percibida en su atención médica desde el punto de vista del paciente, el familiar del paciente y el prestador de servicio en atención médica.



6.2 Caracterización de los informantes

Pacientes adultos cursando con algún estadio de la enfermedad renal crónica, que reciban atención en las unidades de atención Hospital Rural Mamantel del estado de Campeche y de la UMF No. 43 del estado de Tabasco, en el periodo comprendido de Junio – Octubre 2019.

6.3 Selección de participantes

Para la selección de los 60 informantes, se consideraron a los pacientes adultos con Diabetes y/o Hipertensión Arterial con la complicación de la enfermedad renal crónica clasificados según la tasa de filtrado glomerular mediante fórmula CKD-EPI en cualquiera de sus estadios, pacientes afiliados al IMSS usuarios de la UMF No 43 del estado de Tabasco y Hospital Rural Mamantel (IMSS Bienestar-Campeche) así mismo al familiar responsable y a su respectivo médico tratante. Posteriormente, se les informó sobre los objetivos del estudio y con el consentimiento informado se les invitó a participar de forma voluntaria en los grupos focales. Todos los integrantes fueron ser mayores de 18 años con capacidad de respuesta verbal.

6.4 Procedimiento y técnicas de producción de datos

Se recabo la información de los expedientes clínicos de ambos turnos de la UMF No. 43 y de Hospital Rural Mamantel en donde se llevó el registro de pacientes que acudían al servicio, con apoyo al departamento de Archivo Clínico (ARIMAC) para el filtrado de pacientes que acuden a control por diabetes e hipertensión con nefropatía calculando la tasa de filtrado glomerular usando la fórmula CKD-EPI, con las cifras de creatinina del mes de enero del año 2019 para corroborar el estadio de enfermedad renal, con ayuda de Trabajo Social se solicitó acceder a la ficha de Identificación de números telefónicos o direcciones para la localización de los pacientes, y poder invitarlos a participar en la Técnica Grupo Focal con la finalidad de conocer la calidad percibida sobre la enfermedad renal.



Se les explico en qué consiste dicho estudio y se realizaron 6 grupos focales cada uno integrado por 10 personas (1 grupo de pacientes y 1 de familiares de pacientes) así mismo se invitó a los proveedores de salud de ambos turnos que brindaban la atención médica para integrar 1 grupo focal de 10 integrantes, de cada unidad de atención respectivamente, haciendo un total de 60 personas. Una vez firmado el consentimiento informado (Anexo A) se citaron según el grupo correspondiente para la realización de las entrevistas guiadas, desarrolladas dentro de las unidades de atención donde los participantes se sintieran cómodos, sin presiones, con la libertad para expresarse de una manera espontánea y sincera, respondiendo de acuerdo a lo planteado en la guía de entrevista. De igual manera se aplicó un cuestionario para recabar datos sociodemográficos (Anexo B) que realizará el investigador.

El tiempo promedio de cada una de las entrevistas en los grupos focales fue de 1 hora. Las preguntas detonantes consideradas en la guía de entrevista se agruparon en categorías, de acuerdo al resultado. El instrumento guía (Anexo C) sirvió de apoyo para llevar un orden con respecto a las preguntas que se realizaran, recolectando la información acerca del proyecto de investigación.

6.5 Procesamiento y análisis de la información

Para el análisis de los datos obtenidos, se agruparon los discursos que se consideraron significativos para el objeto de estudio, según los grupos focales, se realizó la transcripción de los datos mediante el programa Express Scribe, se categorizaron y codificación según categorías pre especificadas, se empleó el método de reducción y se realizó el proceso de análisis-síntesis de los discursos con el software Maxqda 2020. Los datos sociodemográficos se trabajaron en el paquete estadístico SPSS versión 21, usando análisis descriptivo de las medidas de tendencia central.



6.6 Rigor del estudio

Para efectos de garantizar la fiabilidad y validez del estudio participaron expertos que aprobaron el diseño establecido así como el contenido de las preguntas de la guía de entrevista, se analizaron las categorías de análisis, se supervisó el proceso de reducción o saturación de los discursos y la triangulación de la información.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y de la investigación en comunidades. Se consideró lo estipulado en la publicación en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 en los siguientes Títulos: Título Primero, capítulo único, Artículo 3º y 7º; Título Segundo, capítulo 1, Artículos 13º, 16º, 17º, 18º, 20º y 21º y Título Sexto, Capítulo único, Artículo 113º, 114º, 115º y 116. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de Riesgo II (Investigación con riesgo mínimo) ya que emplean cuestionarios, y entrevistas, que tratan aspectos sensitivos de la conducta del paciente. Por tal motivo, se tratará con respeto a los participantes, protegiendo su bienestar y sus derechos, explicándole el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimiento propios de la investigación. La investigación se ajustará a los principios científicos y éticos. Por lo que se obtendrá el consentimiento informado por escrito, donde el participante determinará su acuerdo de participación del estudio⁴³.



8. RESULTADOS

8.1 Resultados pacientes de Hospital Rural Mamantel y UMF No. 43

8.1.1 Enfoque y conocimiento del paciente acerca de la enfermedad

La información que los pacientes tienen sobre la enfermedad renal crónica es un poco ambigua, una vertiente es que reconocen que es una complicación tardía de las enfermedades de base, sin embargo en la otra vertiente hay resistencia a la aceptación de la misma:

“es una enfermedad del riñón, consecuencia de que uno no se cuida, pienso yo” (Magdalena 59 años, 10 años DM2) GF1

“dicen que de la azúcar viene, yo digo que no estoy enfermo del riñón” (Silvestre 61 años 12 años DM2/HAS) GF1

En este grupo de pacientes hay conocimiento de las terapias renales sustitutivas, aceptan que deben tener cuidados especiales con sus estilos de vida, son conscientes de las complicaciones renales y se estigmatiza el uso de insulina:

“es una enfermedad que como da lata, la vida cambia, se necesita muchos cuidados para que no se suba la diabetes, cuando anda descontrolada me caen las enfermedades, con el tiempo te tienen que poner la hemodiálisis” (Clotilde 58 años 12 años DM2/HAS) GF4

“es una enfermedad que ya no tiene cura, está uno en disgusto porque no puedes comer lo que quieres, ya cuando te ponen la insulina es porque ya casi te vas a morir” (Julieta 63 años, 10 años HAS/DM2) GF4

“a mí me dio esta enfermedad por problemas familiares y estaba pasadita de gorda... porque mis papás no estaban enfermos de nada... principalmente la diabetes te acaba los riñones... (Ernestina 60 años, 18 años DM2) GF4

8.1.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud

Los pacientes aceptan que no se apegan a los manejos otorgados por sus médicos, consideran que es una enfermedad como cualquiera, se escudan en que de algo de han de enfermar, en los discursos se hace hincapié a que no hay abasto de fármacos, sin embargo reconocen que tienen almacenados en sus domicilios:



“se tiene que enfermar uno de algo, ya cuando dios quiera que ya no, ya que se le va a hacer” (Magdalena 59 años, 10 años DM2) GF1

“me dan mi medicina gratis, aunque a veces no hay... yo voy guardando” (Esther 65 años, 10 años HAS/DM2) GF1

“mi médico me apoya dándome consejo, pero uno no hace caso” (Rubén 52 años, 18 años DM) GF1

En los casos donde la enfermedad renal crónica está en sus estadios terminales los pacientes están enterados de existencia de las terapias dialíticas, sin embargo rechazan con firmeza su uso:

“yo no aceptaría diálisis, eso es mucho sufrimiento, solo duran un año después de eso.”(Magdalena 59 años, 10 años DM2) GF1

Los pacientes de la UMF No 43 comentan buena atención médica, son enviados a valoración en segundo nivel de atención, el paciente no asiste a estas por percibir pérdida de tiempo:

“si yo no me cuido me va a ir mal, mi doctor la verdad que si está pendiente de mis estudios y me manda al especialista, pero uno terco por no perder tiempo no va y ahorita no hay citas hasta quien sabe cuándo....(Mateo 58 años 13 años DM2)GF4

“fíjese que mi Dra. me atiende bien, no tengo queja, me siento a gusto, me tratan bien todos aquí, ya me explico que tengo dañado mi riñón por la misma azúcar, pero todavía no me toca que me hagan diálisis” (Clotilde 58 años 12 años DM2/HAS) GF4

8.1.3 El contexto social y organizativo

En lo que respecta a la atención médica es vista por los pacientes como un apoyo a la enfermedad, aunque desaprueban ciertas recomendaciones y usan su propio criterio:

“mi médico me apoya dándome consejo, pero uno no hace caso” (Rubén 52 años, 18 años DM) GF1

La familia a decir de los pacientes no los apoyan, sus hábitos alimentarios son inadecuados, no se muestran empáticos, excluyen al paciente lo que hace que el paciente se sienta deprimido por no poder consumir lo que el resto de la familia:



“no me dejan comer lo rico, solo ellos “(Magdalena 59 años, 10 años DM2) GF1

En la zona urbana el paciente comenta tener apoyo familiar económico, buena atención en las unidades de salud, con poca convivencia familiar:

“mi familia me apoya, yo ya no hago nada de qué hacer, me compran mi verduras, pollo, pescado...aunque no están todo el día en la casa porque tienen que trabajar, mi hijo el más chico me tiene asegurada...(Julieta 63 años, 10 años HAS/DM2) GF4

Se hace énfasis en los tiempos prolongados para recibir atención, al no cumplir con sus citas programadas son valorados por otros médicos:

“aquí en el seguro sí te atienden mejor, aunque tardan las citas, lo que no me gusta es que a veces no me atiende el mismo Dr...eso es pérdida de tiempo , el nuevo no sabe nada de uno y cansa estarle diciendo todo lo que ya me pasó, luego uno ni se acuerda bien..(Cesar 62 años DM2/HAS 18 años) GF4

8.1.4 Integración de la vida con la enfermedad

Los pacientes detectan como fracaso la inadecuada alimentación que llevan, la carencia de los fármacos, reconocen que no llevan a cabo el autocuidado:

“el fracaso es porque no como bien, porque no hay dinero para comer sano. No cuidarme” (Rubén 52 años, 18 años DM)GF1

“Que a veces no hay la pastilla, y no hay para comprarla”(Estela 55 años, 11 años HAS)” GF1

El paciente sabe que la aceptación de su patología es una pieza importante en el control de la enfermedad, pues al tener esto claro se hace más conciencia de las actitudes y afrontamiento de la enfermedad:

“aceptar mi enfermedad “(Magdalena 59 años, 10 años DM2)GF1

“..... que me olvidara que tengo enfermedad “(Sarita 58 años, 12/6 AÑOS HAS/DM2)GF1

En este grupo focal hay énfasis en desabasto de fármacos, así mismo se identifican a las situaciones familiares como detonantes, ejercen su autonomía en su entorno al decidir aspectos relacionados con su pronóstico de salud:



“los problemas familiares hacen que se me descontrole la diabetes yo me di cuenta, aunque me cuide y tome la pastilla, el stress no me hace bien. (Martha 59 años, 18 años DM2/14 años HAS)GF4

“a mí sí se me antoja un mole me lo preparo y me lo como, aunque me hinche después, ya deje dicho que si me vuelven a internar y pierdo el conocimiento que no me pongan tubos... es mi decisión...ellos no van a sufrir por mí... (Julieta 63 años, 10 años HAS/DM2) GF4

8.2 Resultados familiares

8.2.1 Enfoque y conocimiento del familiar acerca de la enfermedad

Los familiares del paciente se notan un tanto preocupados por el temor a la diálisis y otros desconocían que sus padres tenían una complicación aunada a la enfermedad de base, la mayoría de estos familiares eran hijas:

“Es algo que no esperábamos , se supone que a eso viene a sus consultas, a estar lo mejor posible y ahora resulta que tiene esa enfermedad, la verdad aun no me hago a la idea, pero si el doctor dice que la tiene , hay que cuidar a mi papá, para que no se dialice pronto” (Hija, 31 años)GF2

“para mí es una preocupación más, sé que es una complicación y lo único que queda por hacer es la diálisis, eso es lo que me preocupa por que conocemos personas que se murieron en ese proceso” (Hija 28 años)GF2

“es una enfermedad ya terminal, que avanzó por la diabetes, me preocupa un poco porque mi mamá no se cuida mucho y temo que rápido llegue a diálisis” (Hija 36 años) GF5

“esta enfermedad le dio a ella porque la verdad no se cuidaba, siempre le decían los doctores que hiciera su dieta, que se pusiera la insulina y no.....pues ahora ya se ha puesto grave, se internó hace poco....yo creo que ya no quiere nada.... (Esposo 64 años) GF5

8.2.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud

En cuanto a la atención médica y del equipo multidisciplinario en la unidad de salud, los familiares se notan satisfechos con la atención e insatisfechos con los insumos por el desabasto, así mismo consideran eso es una limitante para el control de la enfermedad:



“no hay queja , estamos a gusto con el doctor, nos trata bien, explica y nos manda a los hospitales grandes a que atiendan a mi mamá, aunque a veces no hay dinero para llevarla” (Hija 25 años) GF2

“participan con el control de la enfermedad, que le digan lo que tiene que hacer, y que la internen cuando se nos pone mala” (Hijo 34 años) GF2

Se detectan medidas preventivas y de continuidad a las consultas por el equipo multidisciplinario en la UMF No 43:

“aquí, si mi mamá no viene a su cita ya le están llamando por teléfono la de trabajo social, en atención la verdad buena, siempre está limpio, la consulta si tarda en que te la den pero bien en general”... (Hija 42 años) GF5

“me gusta que su Dra. le manda sus laboratorios, ya nos pidió que le compremos su glucómetro, y si nos explica de la enfermedad, ya como quiera uno se va preparando, igual de la presión que hay que checársela porque ya nos dio un susto... (Hija 38 años) GF5

8.2.3 El contexto social y organizativo

Como familia consideran que son la fortaleza de su paciente y hacen todo su esfuerzo por tener en las mejores condiciones a sus familiares, aunque tengan dificultades económicas y no puedan tener una segunda opinión médica del estado de salud:

“ allí estamos atrás , diciéndole que no coma lo que no debe, y que no se le olvide la hora de sus medicamentos, y a veces hasta la sacamos a otros doctores para que esté mejor atendida” (Hija 32 años)GF2

“pues todos los que vemos por ella, sus hijos y ella misma porque por más que le digamos si ella no quiere no se avanza mucho” (Hija 25 años)GF2

Los hijos de algunos pacientes comparten el mismo padecimiento, se nota empatía en estos casos, aparentemente hay seguimiento de la indicaciones del equipo de salud:

“en mi caso soy la única mujer y yo la cuido, mis hermanos trabajan, no le falta nada, su dieta a como la nutrióloga me dijo se le hace, pues esta enfermedad así es, ya hemos visto muchos que ya se adelantaron por eso cuidamos a mi mamá”... (Hija 32 años) GF5



“como yo también tengo diabetes hacemos la comida así lo más saludable, nos prestamos las pastillas, vamos juntas a las citas, y llevo mi libreta porque luego se olvidan las cosas”... (Hija 39 años) GF5

8.2.4 Integración de la vida con la enfermedad

Se detecta que hay diferencias familiares, por los hábitos que los pacientes no llevan a cabo, pero es dado probablemente por la restricción total de alimentos, cuando se sabe que estos pacientes pueden tener una alimentación balanceada y variada:

“pues mi mamá que se cuide, porque a escondidas come dulces, controlarla de que va a comer eso es un problema, en pleito acabamos a veces” (Hijo 34 años) GF2

Se confirma que en algunos pacientes, las situaciones familiares son un factor negativo en el control de la enfermedad, se considera a la familia como red de apoyo.

“en mi casa hay muchos problemas, mi hermano el menor es alcohólico, y le va mal, ya perdió su trabajo, eso pone mal a mi mamá, se descontrola de la diabetes, pero allí ya no puede hacer nada uno, ya la mandaron con la Psicóloga, pero sigue igual todo” ... (Hija 32 años) GF5

“el apoyo de sus hijos, ya esta enfermedad la tiene todo el mundo, es de cuidarse y que siga viniendo a sus citas, luego es un problema si las pierde” (Hija 34 años) GF5

8.3 Resultados proveedor de salud

8.3.1 Enfoque y conocimiento del médico acerca de la enfermedad

Se observa en los médicos que dan atención directa al paciente con insuficiencia renal crónica, que en sus discursos expresan que no han sido capacitados ni actualizados en lo que respecta a las normas y guías de práctica clínica:

“Como médico anteriormente la he manejado, mas no la he leído últimamente en este año, por lo cual no he leído la actualizado de la última guía de práctica clínica”. (Masculino 36 años, 7 años de antigüedad)GF3

“Entiendo que hay una guía pero no la he revisado” (Masculino 45 años, 9 años antigüedad) GF3



Esto se refleja en las respuestas sobre el conocimiento para la detección y diagnóstico de la enfermedad en los pacientes, ya que no son las adecuadas y carecen de vigencia:

“Uso filtrado glomerular cockcroft gault”. (Masculino 36 años, 7 años de antigüedad) GF3

En la zona urbana el 100% de médicos conocen las GPC, y consensos de la enfermedad renal:

“conozco las guías este año hubo actualización” (Masculino 39 años, 7 años de antigüedad) GF6

“de fórmulas uso CKD-EPI como tamizaje, clasificamos según las guías KDIGO” (Femenino 36 años, 4 años de antigüedad) GF6.

Los médicos atribuyen directamente al paciente, como causa principal en su mal control metabólico por los estilos de vida no saludables que estos mantienen:

“mal control metabólico, independiente si es por falta de fármacos o poco interés del paciente” (Femenina 37 años, 4 años de antigüedad) GF3

...“los pacientes que presentan complicaciones en su estado de salud, son aquellos que no se apegan a una dieta libre de sal, azúcares y de alimentos con grasas saturadas....”. (Masculino 36 años, 7 años de antigüedad) GF3

...“los pacientes no aceptan el cambio en el estilo de vida, por lo que no se puede controlar la glicemia y las cifras tensionales de enfermedades crónicas, en segunda porque el paciente no cumple con el tratamiento médico indicado por lo que no hay control metabólico....” (Masculino 38 años, 5 años de antigüedad) GF6

... “el sedentarismo, su nivel socioeconómico, y el no acudir regularmente a sus citas”... (Femenina 37 años 6 años de antigüedad) GF6.

8.3.2 Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud

Los médicos entrevistados perciben que la atención brindada al paciente se encuentra mermada por la poca participación del paciente para su autocontrol:

“...cae uno en la monotonía y solamente se dedica uno a atender al paciente en base a la sintomatología... he intentado...educar al paciente...sin embargo, los pacientes son un poco rebeldes y no siguen la dieta.”(Masculino 36 años, 7 años de antigüedad) GF3



Hay interés en crear nuevas estrategias donde el paciente con enfermedad renal crónica conviva en forma positiva con otros pacientes ya en terapia dialítica con el objetivo de conocer el tratamiento y sus beneficios:

“podría hacer talleres vivenciales con pacientes ya en tratamiento sustitutivo renal y los que aún se rehúsan al mismo, para reforzarles la importancia del mismo” (Femenina 37 años, 4 años de antigüedad) GF3

Dentro de las barreras como personal de salud se detecta el diagnóstico oportuno de la enfermedad renal como prioridad:

“Identificar al paciente de manera temprana, que el paciente lleve un control adecuado, la situación económica del paciente, el acceso para la atención por la distancia, al ser este un centro de atención rural se dificulta que los pacientes puedan ser valorados por médico internista, nefrólogo, nutriólogo” (Femenina 42 años, 12 años de antigüedad) GF3

En la zona Urbana el médico se autoevalúa la atención médica de forma positiva:

“opino que la atención que otorgo es buena ya que procuro mantener el control metabólico” (Masculino 41 años, 9 años de antigüedad)

“creo que es buena, integral y oportuna” (Femenina 36 años, 5 años de antigüedad)

Las barreras identificadas por los médicos en ambas unidades se resumen situaciones administrativas:

“sobresaturación de pacientes, esto impide que citemos con más frecuencia a los pacientes para monitoreo, la falta de abasto de medicamentos e insumos en las UMF” (Masculino 37 años, 6 años de antigüedad) GF6

“tiempo sumamente corto para otorgar la consulta, citas lejanas a laboratorio y a especialidades como Nefrología y Medicina Interna” (Femenina 37 años 6 años de antigüedad) GF6



8.3.3 Contexto social y organizativo

Si bien la familia es considerada una red de apoyo, el médico considera que los familiares del paciente influyen negativamente en el control de la enfermedad:

“El entorno familiar, aunque este no sea favorable. “(Femenina 42 años, 12 años de antigüedad) GF3

“opino que forma un papel muy importante sin embargo en ocasiones son ellos mismos quienes no le dan el cuidado adecuado al paciente, son muy pocas las familias que llevan una dieta junto con el paciente, estos pacientes deberían tener atención por parte de nutriólogo con maestría en nutrición renal” (Masculino 36 años, 7 años de antigüedad) GF3

“la familia es la encargada de la vigilancia del tratamiento y control del paciente.....también la vigilancia de la nutrición, es fundamental en el control” (Femenina 37 años, 6 años) GF6

“es importante que su familia o cuidador lo acompañen a las consultas, conozca la dieta que debe llevar, saber los medicamentos que toma y para que los toma” (Masculino de 38 años, 5 años de antigüedad) GF6

8.3.4 Integración de la vida con la enfermedad

Desde la perspectiva del médico el fracaso para el control de la enfermedad renal es el desconocimiento, la cultura, descuido del paciente y la dinámica familiar:

“La idiosincrasia, nosotros sabemos la evolución natural de la enfermedad, sin embargo el paciente aunque se le explique no lo toma en cuenta. “(Femenina 42 años, 12 años de antigüedad) GF3

“que no acepten su padecimiento” (Masculino 38 años, 6 años de antigüedad) GF3

“la idiosincrasia del paciente, su negación, sus miedos infundados, prefieren creer en un tratamiento milagroso y no en el tratamiento que se ofrece que aunque sea lenta recuperación es más efectivo” (Femenina 36 años, 4 años de antigüedad). GF6

“la desinformación, la automedicación, el no acudir oportunamente a su consulta de medicina familiar y el desconocer que el deterioro de la su función renal es lento y progresiva, y que llegado a un punto es irreversible” (Femenina 37 años, 6 años de antigüedad) GF6



Detecto que el médico se siente en cierto punto frustrado al no haber respuesta por parte del paciente, de modo que deja de hacer su labor de prevención y solo da la atención de acuerdo a síntomas que presente el paciente, haciendo mención a su labor como automatizada:

“El paciente dice cuidarse cuando realmente no es así, se autoengañan, el médico continua explicando y con el afán de educar muchas veces el resultado es que el paciente se moleste, en ese punto el médico cae en el juego, pues si se molesta, sino me hace caso, así empieza a vencerse las fortalezas, que deberían generarse continuamente. “(Femenina 42 años, 12 años de antigüedad) GF3

“sucede que el paciente cree que nunca le va a suceder una complicación o enfermedad, confía más en la vecina que en lo que uno explica” (Masculino 38 años, 6 años de antigüedad) GF3

“que erróneamente se tratan enfermedades y no al paciente, al paciente crónico no solo se debe expedir recetas y solicitudes, hay que observar sus factores de riesgo familiar, social, e individual, hay mucho que hacer, a veces los compañeros médicos caemos en el automatismo” (Femenina 37 años, 4 años de antigüedad)GF3

“la clave está en modificar la dieta de los pacientes, promover ejercicio y los chequeos de rutina en estadios tempranos, involucrando a los familiares del paciente, con un auto monitoreo del paciente” (Masculino de 39 años, 7 años de antigüedad) GF6

El paciente sabe que la aceptación de su patología es una pieza importante en el control de la enfermedad, pues al tener esto claro se hace más conciencia de las actitudes y afrontamiento de la enfermedad aunque algunos pacientes no lo hagan.



Tabla 1.- Variables Clínicas según tasa de filtrado glomerular

Tasa de filtrado glomerular KDIGO	(GF1)		(GF4)	
	f	%	f	%
g3a	4	40	6	60
g3b	3	30	3	30
g4	3	30	1	10

Fuente: Entrevista a dos grupos focales.

Nota: CKD-EPI: Formula internacional para calcular la tasa de filtrado glomerular, KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

Se determina que 50% de los pacientes se encuentran en estadio G3a considerándose esto con una tasa de filtrado de ligero a moderadamente disminuido, todos los pacientes conocen vagamente esta complicación de su enfermedad de base, todos comparten patologías de base hipertensión arterial y diabetes con un promedio de diagnóstico de 12 años.

Tabla 2.- Variables sociodemográficas pacientes

Variables	GF1		GF4	
	f	%	f	%
Sexo				
Masculino	3	30	1	10
Femenino	7	70	9	90
Estado civil				
Casado	5	50	2	20
Unión Libre	4	40	5	50
Viudo	1	10	3	30
Tipo de familia				
Nuclear	1	10	2	10
Extensa	9	90	8	80
Población				
Rural	10	100	--	
Urbana			10	100

Fuente: Entrevista Grupos focales. GF1 y GF4



Se observa que el 70% de los pacientes son mujeres en la zona rural y 90% en la zona urbana, el estado civil predominante es estar casado en un 50% en la zona rural, no así en la zona urbana predominado en un 50% la unión libre, así como tipo de familia extensa en un 90% en Mamantel y 80% en Villahermosa, con un familiar responsable que corresponde a ser una hija.

Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad

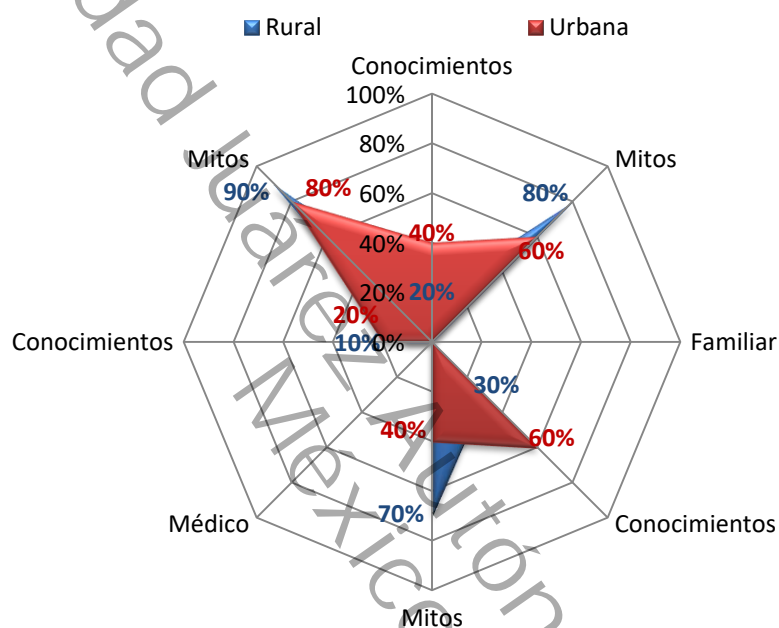


Gráfico 1.- Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.

Fuente Grupos focales.

En relación al conocimiento de la ERC en pacientes, el 80% de la población rural es insuficiente, los familiares de la zona urbana un 60% conoce las complicaciones y características de esta enfermedad, el 100% de los médicos de la zona urbana realizan adecuadamente el cálculo de la función renal y conocen las guías vigentes para la detección, prevención y tratamiento de la enfermedad renal.



Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud

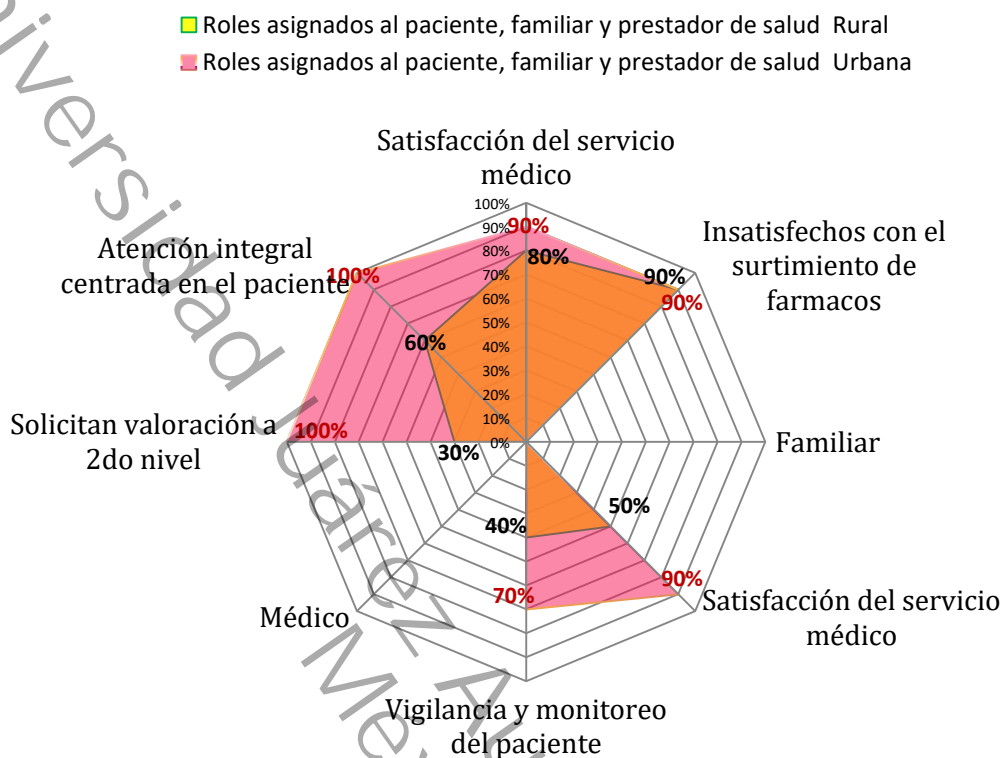


Gráfico 2.- Roles asignados al paciente, familiar y prestador de salud. Fuente Grupos focales.

La satisfacción en relación a la atención médica en ambos grupos es de 80% en zona rural y 90% en la zona urbana, distinta es la respuesta en cuanto al surtimiento de fármacos, pues el 90% de los pacientes y familiares se reportan insatisfechos con este servicio, cabe destacar que hay familiares que cumplen en un 40% la vigilancia y monitoreo del paciente en la región rural y en 70% en la zona urbana, el rol del médico en la atención integral y solicitud de valoración oportuna por hospital de segundo nivel se cubre en su 100% en la zona urbana.



El contexto social y organizativo

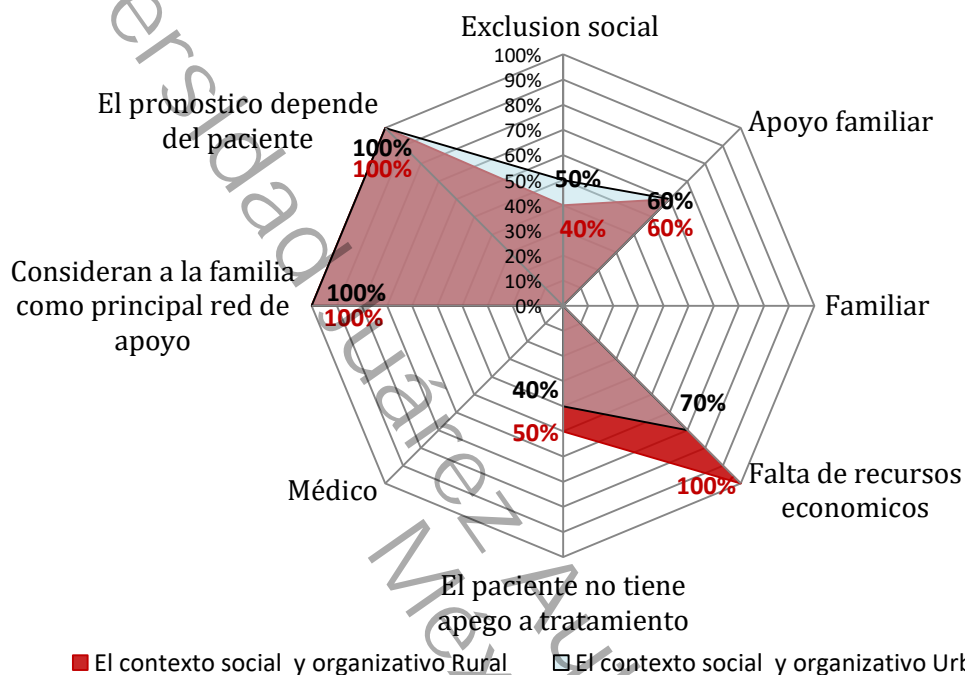
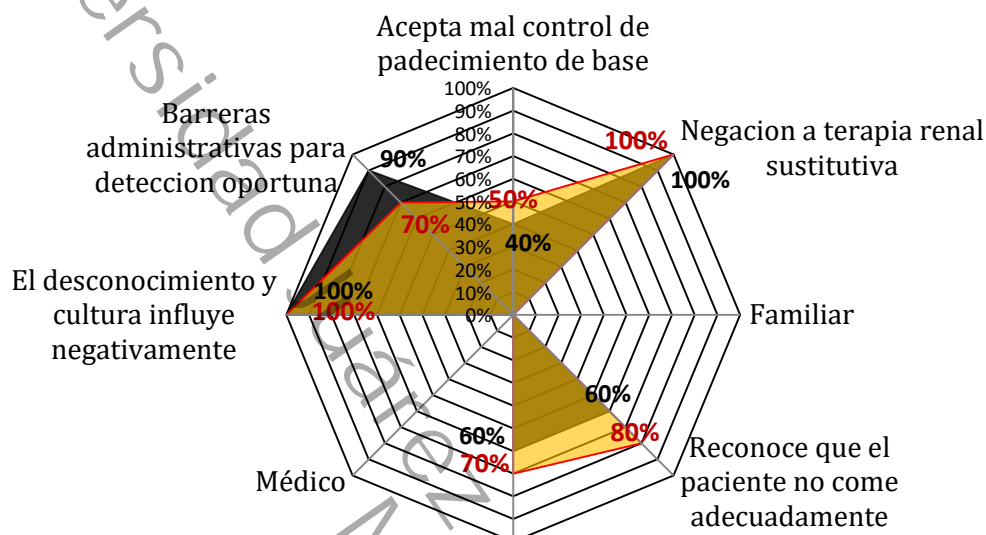


Gráfico 3.- El contexto social y organizativo del paciente, familiar y médico. . Fuente Grupos focales.

El paciente en un 60 %, en ambos grupos focales, percibe tener soporte de su familia, mientras que los familiares consideran en un 100% en área rural que la falta de recursos económicos es un punto importante para el control y monitoreo de la enfermedad de base, en contraste los médicos en un 100% en área rural y urbana reafirman que la familia es la principal red de apoyo del paciente sin embargo el pronóstico es directamente proporcional del apego del paciente.



Integración de la vida con la enfermedad



■ Integración de la vida con la enfermedad Rural ■ Integración de la vida con la enfermedad Urbana

Gráfico 4. Integración de la vida con la enfermedad. Fuente Grupos focales.

El 50% de los pacientes acepta que hay descontrol de la enfermedad de base, 100% de estos pacientes se niegan a recibir alguna de las terapias de sustitución renal aun cuando se considere necesario, el 80% de los familiares reconocen que el paciente no lleva una adecuada alimentación y consideran que las situaciones familiares son detonantes para el descontrol glucémico e hipertensivo de sus pacientes en un 70%, 100% los médicos concluyen que el desconocimiento y los aspectos socioculturales influye negativamente en el control del paciente, y un 90% de los médicos manifiestan como una barrera a las condiciones administrativas para la detección oportuna de la enfermedad renal.



Triangulación de datos.

- Temporal: Distintas fechas para comprobar resultados constantes.
- Espacial: En una zona rural y una urbana para comprobar coincidencias.
- Personal: 6 grupo focales constituidos por pacientes, familiares y médicos.

Triangulación Metodológica entre métodos

- Combinación de métodos cualitativo y cuantitativo

Percepcion de la calidad en la atención

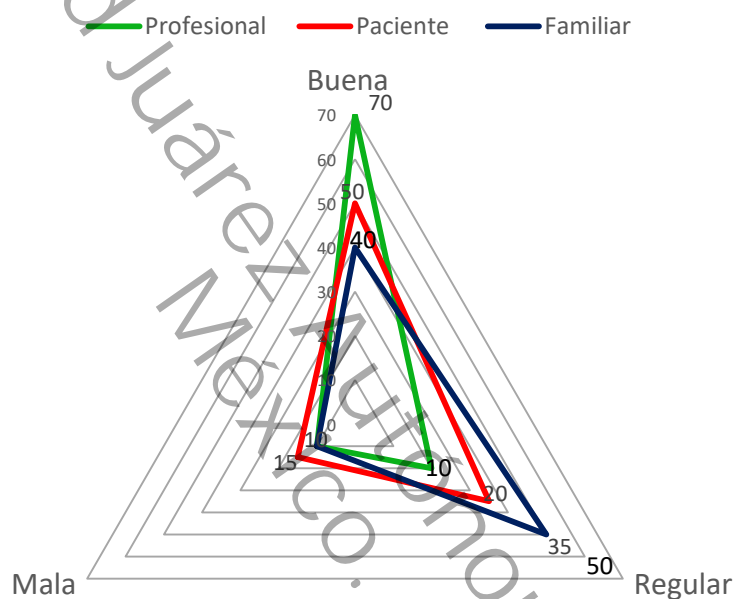


Gráfico 5. Percepción global de la calidad en la atención. Fuente Grupos focales

La percepción global en la calidad en la atención médica desde el punto de vista del paciente es regular en un 60%, 70% según el familiar y 40% según el médico.

Nube de palabras representativas según los discursos de proveedor de atención médica con software Maxqda 2020



En estas nubes de palabras se muestran las palabras más saturadas por su frecuencia en los discursos, en el grupo de paciente se hace énfasis a la palabra enfermedad, en la nube de familiares la palabra hija es la que sobresale pues en gran parte ellas son las que cuidan de su paciente con enfermedad renal crónica, y por último y no menos importante la nube de médicos tiene como centro al paciente relacionándolo con su tratamiento y control.



9. DISCUSIÓN

Según este estudio, se observó que el conocimiento y actuar de pacientes y familiares de la región rural en mayor proporción es limitada, se dejan llevar por mitos y creencias arraigadas en las familias y la sociedad, se menciona en los discursos de familiares donde se desconocía que sus pacientes presentarían la condición de ERC en alguno de sus estadios, esta misma situación se vio descrita en un estudio en las unidades primarias de atención médica, donde Cueto y Manzano (2017)¹⁴ determinaron que ninguno de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que acudían habitualmente a sus unidades había sido previamente diagnosticados con enfermedad renal y la mayoría de ellos no estaban recibiendo tratamiento nefroprotector.

En los aspectos clínicos y sociodemográficos hay similitud con el estudio de Matos Trevín (2016)⁴ ya que el sexo femenino es donde se detecta con mayor frecuencia la ERC, en cuanto al tiempo promedio de evolución en años de la enfermedad es similar a 12 años, así mismo el tipo de familia extensa. La percepción global en la calidad en la atención es mala en un 20%, similar a lo encontrado por Alonso Novelo (2016)³⁴ en Yucatán donde 27% manifestó encontrarse insatisfecho, al esperar del más del servicio.

Los médicos involucrados en esta investigación señalaron al paciente como principal factor negativo para el control de sus patologías, determinada por poco interés, falta de apego a tratamiento farmacológico y dietético. Se detectó una atención médica mermada y automatizada dejando a un lado la valoración integral centrada en el paciente y la familia, se asume fracaso en las medidas de educación para la salud en pacientes con enfermedades crónicas, pues consideran que el paciente no coopera y se auto engaña, sin embargo consideran necesario mejorar estas estrategias pese a la idiosincrasia de estos, se hace mención de talleres de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal por Cortes Sanabria (2017)¹⁴, lo presenta como un reto en la atención médica y nuevas estrategias, por lo anterior, se necesita trabajar en una forma positiva de atención en pro del paciente con metas a futuro para mejorar su



calidad de vida y estrechar la relación médico paciente, evitando juzgar sus actos, y educar en todo momento.

La familia es considerada la principal red de apoyo del paciente con enfermedad renal, aunque este recurso no sea favorable por la poca integración familiar a los estilos de vida saludables. Sarmiento Medina (2019)²² menciona que el médico tiene la responsabilidad de tener bajo control las enfermedades de base como 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.

Cuando un paciente es candidato a una terapia sustitutiva, los recursos familiares entran en acción, muchas familias se reintegran y mejoran sus relaciones según corresponde al subsistema familiar o bien se desintegra por el evento crítico no esperado y la debilidad de los factores protectores frente a los de riesgo de cada núcleo familiar y sus integrantes perpetuando el miedo, el rechazo social y la incertidumbre por la enfermedad así como a la terapia dialítica como lo describe en su estudio Jiménez et al (2018)⁴⁴ en donde el paciente vive una lucha constante que enfrenta el individuo enfermo y su familia, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Como personal de salud se considera que el diagnóstico oportuno de la enfermedad renal es una barrera, por la limitada accesibilidad a estudios de imagen y laboratorios así como a ser valorados por médico internista, nefrólogo y nutriólogo. Castro Serralde (2017)⁵ menciona que se debe trabajar con profesionalidad, esto incluye una adecuada práctica médica, así como una excelente comunicación con el paciente para lograr al máximo los objetivos planteados, así si hubiese una falla, el paciente comprendería dicha situación.



Tamayo y Orozco (2016) ¹⁹ contempla una intervención educativa en personal médico para la atención de pacientes con enfermedad renal; se comprobó que los médicos familiares bien entrenados ponen en práctica acciones nefroprotectoras similares a las que puede emplear el nefrólogo, y preservan adecuadamente la función renal de pacientes con Diabetes mellitus, en las etapas tempranas de daño renal; es así como los médicos de primer contacto podrían jugar un papel clave en el manejo de la enfermedad renal crónica temprana, y ayudarían a disminuir los factores para desarrollar la enfermedad renal, desgraciadamente en la unidad de control en este estudio se reveló que no hay control de la obesidad, tabaquismo, alcoholismo, glucosa y lípidos séricos en muchas unidades de atención médica; esto traduce que la actualización médica cursa con un papel importante independiente si existe accesibilidad a los servicios.



10. CONCLUSIONES

La zona sociodemográfica influye positivamente en la atención integral, en las unidades urbanas el paciente no da continuidad a esta atención, mientras que en la unidad rural aunque la valoración tiene ciertas limitaciones el paciente se ve más comprometido e incluso los familiares con mejor red de apoyo. Dentro de las barreras para la mejor adherencia y control de la diabetes e hipertensión se encuentran el déficit de fármacos en las zonas rurales y en las urbanas la falta de continuidad de los pacientes estos coinciden que no siempre los valora el mismo médico y eso resta confianza, desgasta al paciente y familiar además que el tiempo de consulta es limitado.

La red de apoyo familiar en ambos grupos es la familia, en las zonas urbanas los hijos de los pacientes son trabajadores de jornadas amplias y las distancias muchas veces son largas, mientras que en la zona rural se limita a una zona geográfica limitada donde la familia convive constantemente sin embargo por ese motivo no hay acceso a más servicios de salud.

No se determina que exista una universalidad de atención y tratamiento médico en ambas poblaciones, las zonas rurales tienen más carencias en cuanto a valoración y seguimiento de patología de base.

Existe diferencia en la actualización de conocimientos y fórmulas empleadas para la determinación de los estadios en la enfermedad renal en médicos de unidad rural y urbana, así como en el manejo de estas enfermedades crónico degenerativas que permiten esta complicación, sin embargo aunque en las zonas urbanas se detecta precozmente, los pacientes se niegan verse beneficiados con este tipo de terapias por desconocimiento o red de apoyo débil para llevar a cabo los tratamientos dialíticos.



Los médicos en general consideran que los pacientes incumplen en tratamientos farmacológicos, dietéticos y sociales, algunos familiares dentro de las entrevistas evidencian y afirman esta situación, los pacientes en general se sienten poco comprendidos por que la familia no se incluyen en estos regímenes alimenticios y optan por comer a escondidas ciertos alimentos que si bien están permitidos, debe hacerse en pocas cantidades.

El reto está en una educación médica continua de forma positiva con mirada a la inclusión familiar, y que el paciente disminuya la frecuencia de depresión por sentirse limitado en que puede hacer en su vida diaria y así como reeducar a todos tanto médicos, familiares y pacientes, en que sí se puede tener una dieta variada incluyente, así como saludable, sin culpas, que asistir a sus unidades de atención sea motivo de aprendizaje, no de sentirse atacados como ellos externaron.



11. RECOMENDACIONES

Efectuar lecturas, sesiones y estrategias de retroalimentación en todos los médicos de primer nivel de atención, dada la marcada diferencia de la actualización médica continua entre los médicos de zona rural y urbana.

La detección oportuna de la enfermedad renal es un reto para los médicos y la prontitud de su detección es importante para el pronóstico del paciente, se sugiere realizar esta detección con regularidad en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Desarrollar talleres educativos a todo el equipo multidisciplinario en la atención del paciente con impacto positivo en la atención a los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, y sus familiares para lograr un autocontrol, y enseñanza de las complicaciones renales así como en que consiste cada terapia sustitutiva de forma coloquial para evitar información falsa, miedos y rechazo al uso de las mismas, e ir previendo medidas anticipadas para mejorar las redes de apoyo familiar.

Mejorar la comunicación del equipo multidisciplinario para la atención holística al paciente, que cada visita sea una oportunidad de aprendizaje y el paciente se sienta en confianza, ya que en sus discursos mencionan sentirse regañados en las visitas de atención médica.

Para las instituciones de salud garantizar la continuidad del tratamiento médico y farmacológico.

Reducir el tiempo de espera para atención por médicos de segundo nivel e incrementar el tiempo de consulta médica.

Disponibilidad de estudios de laboratorio en de forma constante.

Aplicar regularmente encuestas de satisfacción del usuario y familiares en la calidad de atención, para disponer de áreas de oportunidad de mejora constantemente en pro de la calidad en la atención y bienestar del paciente.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crewsa C, Bello A K, Saadie G. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Nefrología* 2020;40(1):4–11. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-carga-acceso-disparidades-enfermedad-renal-articulo-S0211699519300505>
2. Nieto Iglesias J. Objetivos terapéuticos en el paciente con nefropatía diabética: glucemia, presión arterial, lípidos y antiagregación. Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario, Ciudad Real, Ciudad Real, España. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-objetivos-terapeuticos-el-paciente-con-107>
3. Torres-Toledano M et al. Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;(55)118-23 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/2490/2864
4. Matos Trevín G; Román Vargas S; Remón Rivera L; Álvarez Vázquez B. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Multimed* 2016; 20(1). Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000300010>
5. Castro Serralde E, Cadena Antonio G. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2017;25(4):271-8. Disponible en : <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>
6. Guía de práctica clínica, prevención diagnóstico y tratamiento en la enfermedad renal crónica temprana. México. Secretaría de Salud. 2019.
7. KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) publicadas en 2013 (ref Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
8. Arreola Guerra JM, Rincón Pedrero R, Cruz Rivera C, Belmont Pérez T, Correa Rotter R, Niño Cruz JA. Funcionamiento de las fórmulas MDRD-IDMS y CKD-EPI, en individuos mexicanos con función renal normal. *Nefrología* 2014;34(5):591-8.



9. Cardelús R, Galindo C, García A, Heredia M, Romo C. Anatomofisiología y patología básicas. MACMILLAN IBERIA, S.A. 2015. Pág. 137-144.
10. Guía de práctica clínica. Intervención dietético nutricional paciente con enfermedad renal crónica sin y con tratamiento sustitutivo 1º, 2º y 3er Nivel de Atención. 2016. Disponible en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
11. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar J, Fernández-Fresnedo, Galcerán M, Goicoechea M. Et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2015;34(3):302-16.
12. García-García G, Jha V, Tao Li PK, et al. Chronic kidney disease in disadvantaged populations. Clin Kidney J. 2014;8(1):3–6. doi:10.1093/ckj/sfu124
13. Méndez Durán A, Ignorosa Luna MH, Pérez Aguilar G, Rivera Rodríguez FJ, González Izquierdo JJ, Dávila Torrese J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;54(5):588-93.
14. Cueto Manzano AM. et al. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 (2)134-42.
15. INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 525/18 31 DE OCTUBRE DE 2018.
16. Cortés Sanabria L, Ayala Cortés RA, Calderón García CE, Silva Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón. RevSalJal. 2017. 4 (1)6-9.
17. Grau Abalo, JA. Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Un Abordaje Desde Los Factores Psicosociales. Salud & Sociedad. 2016; 7(2):138-166.
18. Achury D.M, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. 2016; 13(1):55-60.
19. Tamayo y Orozco JA, Lastiri Quirós HS. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. 1ra Ed. Ciudad de México. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) 2016.
20. Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Pérez Ruiz A, Ruiz Pérez FR, Labrador Mazón O. Programa de educación comunitaria .



- sobre salud nefrológica en adultos mayores con factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017;33(2):163-170.
21. 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.
 22. Real Academia Española: Real Academia Española y Asociación de las Academias de la Lengua Española (2014) «calidad». Diccionario de la lengua española (23ª edición). Madrid: España. ISBN 978-84-670-4189-7 Consultado el 08 Mayo del 2019.
 23. Mayo Alegre JC , Loredó Carballo NA , Reyes Benítez SN. En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. Retos de la Dirección 2015; 9(2):49-67
 24. ISO. Norma internacional ISO 9001. Quinta edición. 2015-09-15. Secretaría Central de ISO en Ginebra Suiza. Traducción oficial en español. Número de referencia ISO 9001:2015.
 25. Sánchez Jacas I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. MEDISAN 2016; 20(4):546
 26. García Saisó S. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición. México D.F .Dirección general de Calidad y educación en salud. 2015.
 27. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2008 ;1(4):34
 28. Ayuzo del Valle. Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología?. Gac Med Mex. 2016;152:429-30
 29. Ávalos García MI. López Ramón C. Priego Álvarez HR. Evaluación de la calidad. Hacia la atención centrada en el paciente. 1ra ed. Villahermosa, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2018.
 30. Adrián Arrieta L, Casas Fernández de Tejerina J.M. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. Semergen. 2018;44(5):335-341.



31. Avalos García MI, López Ramón C, Morales García MI, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SMG, y Cargill Foster NR. 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. *Aten Primaria*. 2017;49(1):21-27.
32. Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev.Fac.Nac.Pública* 2016; 34(1): 48-53.
33. Gerónimo Carrillo R , Guzmán Cejas L , Magaña Olán L , Ramos Rendón KC. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. *REVISTA SALUD QUINTANA ROO*.2017;9 (35) 11-15.
34. Alonso Novelo V, Salazar Cantón JR. Calidad en Servicios: Menester de cambio en organizaciones hospitalarias yucatecas. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. 2016. 4(1)1-9.
35. Szwako A, Vera F. Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción Paraguay.. *Rev. Salud Pública Parag*. 2017; 7 (2) 26-30.
36. Díaz Medina BA, Mercado Martínez FJ. Obstáculos y estrategias de afrontamiento en la atención renal: estudio cualitativo en jóvenes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. *Saúde Soc. São Paulo*, 2019 ;28, (1) 275-286.
37. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2016; 15(30): 212-233. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a15.pdf>
38. Simone Márcia S, Braido N.F, Ottaviani A.C, Gesualdo Dutra G , Zazzetta M.S, Orlandi de Souza F. Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 17] ; 24: e2752. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100375&lng=en
39. Villarreal Zegarra, D, Paz Jesús A. Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, 2015 1(1), 45-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759435>



40. Aldrete Velasco JA, Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med Int Méx. 2018 ;34(4):536-550.
DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.1877>
41. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases and their risk factors. STEP wise approach to surveillance [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 25 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/en/>
42. Nieto Ríos J, Bello Márquez D. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL URGENTE. URGENCIA DIALÍTICA. Universidad Pontificia Bolivariana, 2019;30(8) Disponible en https://www.researchgate.net/publication/335569337_TERAPIA_DE_REEMPLAZO_RENAL_URGENTE_2019URGENCIA_DIALITICA
43. Ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Fecha de consulta 15 de Mayo 2019.
44. Jiménez Y.F, Carrillo G.M. Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal”: Un abordaje fenomenológico. Enferm Nefrol. 2018; 21(3):275-83. Disponible en : https://www.revistaseden.org/files/Articulos_3997_107riginal191651.pdf



13. ANEXOS

13.1 Anexo A .Consentimiento informado

 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACION EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos e investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	Calidad en la atención de la enfermedad renal crónica desde la perspectiva del paciente, familiar y proveedor de salud
Patrocinador externo (si aplica)*:	Ninguno
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco
Número de registro institucional:	Proceso de trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La enfermedad renal crónica es una complicación de la diabetes e hipertensión arterial, la única forma de saber cuáles son las necesidades del paciente es preguntándole directamente de forma objetiva y explícita la opinión sobre su estado de salud y la forma en sus familiares y los servicios de salud le apoyan para una mejor evolución, en relación a las respuestas obtenidas se determinara si estos pacientes se encuentran satisfechos con los servicios ofrecidos en las unidades médicas y escuchar sus propuestas para las mejoras en la atención integral. Objetivo: Interpretar la percepción del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica de la UMF 43.
Procedimientos:	Se seleccionara a los pacientes bajos los criterios de inclusión, se determinara la TFG aplicando la formula CKD-EPI previo consentimiento informado, se realizara de forma programada una entrevista en un grupo focal para identificar sus perspectivas en la calidad de la atención a su patología.
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se tendrá el diagnóstico y/o la estaficación de la enfermedad renal crónica, así como el apoyo a los pacientes con orientación acerca los tratamientos de sustitución renal, y educación para preservar su salud en quienes ya están bajo terapia de sustitución renal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Serán entregados a los participantes al término del estudio.
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 (familiar o representado) participar en el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe 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: <u>Dr. Carlos Alberto Álvarez Bocanegra</u></p> <p>Colaboradores: <u>Dra. CS. María Isabel Avalos García</u> y <u>Dra. Patricia Arenas De La Cruz</u></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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p>	
<p>Nombre y firma del participante</p> <p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<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 2810-009-013</p>	



13.2 Anexo B. Datos sociodemográficos

INSTRUMENTO

FOLIO: _____

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

Nombre del paciente: _____

Agregado o NSS: _____

Domicilio y teléfono: _____

Grupo focal: _____ Identificación del paciente: No: _____

1.-SEXO: 1.- Hombre 2.- Mujer

2.-Edad _____

3.-Escolaridad:

1. Analfabeta. 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria. 5. Bachillerato 6. Licenciatura

4.- Estado civil:

1.-Casado 2.-Soltero

5.-¿A qué religión pertenece?

1.-Catolica 2.-Evangelica 3.-Cristiana 4.-Testigo de Jehová 5.-Otra
¿Cuál? _____ 6.-Ninguna

6.-¿Qué tiempo le lleva llegar a su unidad de Medicina Familiar?

1-_____ minutos.

7.-¿Cuál es el medio de transporte que usa para llegar a su unidad de Medicina Familiar?

1.-Caminando 2.- Taxi 3.-Trasbus 4.-Combi 5.-Partlcular

8.-Desde su llegada a la unidad en promedio ¿Cuánto tiempo tarda en ser atendido?

1.-Menos de 15 minutos 2.-15 minutos 3.-Más de 15 minutos

9.-Continuidad de asistencia a su cita de control:

1.- Mensual 2.- Bimestral 3.- Trimestral



10.-¿Cuántos años tiene de ser paciente con Diabetes y/o Hipertensión arterial?

R: _____ años

11.- ¿Cuánto tiempo tiene que sabe que tiene enfermedad renal crónica?

R: _____

12.-¿Vive usted solo?

1.-SI 2.-NO

13.-¿Cuántas personas viven en su casa? No: _____

14.- ¿Cuántos hijos tiene?: _____

15.-¿Cuál es su ocupación actual?

1.-Profesionista 2.- Comerciante 3.- Estudiante 4.-Desempleado

5.-Tecnico 6.-Servidor Público 7.-Campesino 8.- Obrero

9.-Chofer 10.-Labores del hogar 11.-Otro: _____

16.- ¿Padece alguna otra enfermedad?

1.-Obesidad 2.-Dislipidemia 3.- Cardiopatía 4.-Insuficiencia venosa periférica

5.-Ninguna 6.-Otra ¿Cuál? _____

17.- ¿Qué medicamentos toma actualmente?

R: _____

18.-¿Conoce cuál es su porcentaje de función renal actual?

1.- NO 2.-Si ¿Cuál? _____



13.3 Anexo C. Guía de entrevista para Grupos Focales del trabajo de investigación

CALIDAD EN LA ATENCION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y PROVEEDOR DE SALUD.

Objetivo 1

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Interpretar la percepción del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica de la UMF No 43
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL
Identificar las perspectivas y barreras en los pacientes con respecto al manejo de la Enfermedad Renal Crónica

2.- Identificación de los responsables

Nombre del moderador
Nombre del observador

3.- Participantes

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

4.- Preguntas – temáticas estímulos

Preguntas estímulo	
	Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad ¿Qué significa para usted la Enfermedad Renal Crónica ? (perspectiva cultural, económica, espiritual, médica y social) ¿Por qué cree que dio esta enfermedad? ¿Cuáles son su sentir con respecto a padecer esta enfermedad?
	Roles asignados al paciente y el prestador ¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el control de la Enfermedad renal crónica? ¿De qué manera su médico lo ayuda? ¿Le dicen que porcentaje de función renal tiene cuando acude a la consulta?
	El contexto social y organizativo ¿Cómo participan los servicios de salud para el control de la enfermedad? ¿Cómo participa su familia con usted para la prevención de esta enfermedad? ¿Cuál cree usted que es la principal red de apoyo que tiene para enfrentar la enfermedad?
	Integración de la vida con la enfermedad ¿Cuál es la principal barrera que usted identifica para lograr un buen control de su enfermedad? ¿Cuál cree que sea el motivo de fracaso en el control de su enfermedad? ¿Cuál cree usted que es su principal ayuda para controlar su enfermedad? ¿Cuáles cree usted que son las dificultades a las que se enfrenta con esta enfermedad?



5.- Pautas de Chequeo (evaluación)

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	

Objetivo 2

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Interpretar la percepción del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica de la UMF 43
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL
Identificar los puntos de vista, las perspectivas, aspiraciones, sentimientos y barreras en los familiares de pacientes con respecto al manejo de la enfermedad renal crónica.

2.- Identificación de los responsables

Nombre del moderador
Nombre del observador

3.- Participantes

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

4.- Preguntas – temáticas estímulos

Preguntas estímulo	
1	¿Qué significa para usted la enfermedad renal crónica siendo esta la enfermedad que padece su familiar?
2	¿Cuáles cree que sean los retos a los que se enfrenta por tener un familiar con enfermedad renal crónica?
3	¿Qué opina de la atención que le brinda su médico tratante en el buen control de la enfermedad?
4	¿Cómo participan los servicios de salud para el buen control de su enfermedad?
5	¿Cómo participa usted para que su paciente tenga un buen control de su enfermedad?



6	¿Cuál es la principal barrera que identifica para lograr un buen control de la enfermedad en su familiar?
7	¿Cuál es la principal red de apoyo que tiene su familiar para enfrentar a la enfermedad renal crónica?

5.- Pautas de Chequeo (evaluación)

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	

Objetivo 3

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Interpretar la percepción del paciente, familiar y proveedor de salud en la atención de la enfermedad renal crónica de la UMF No 43
OBJETIVO DEL GRUPO FOCAL
Describir las experiencias en la atención de la enfermedad renal crónica según el proveedor de salud de una unidad de medicina familiar.

2.- Identificación de los responsables

Nombre del moderador
Nombre del observador

3.- Participantes

Lista de asistentes Grupo Focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

4.- Preguntas – temáticas estímulos

Preguntas estímulo	
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	
¿Conoce la guía de práctica clínica para el manejo de la ERC en primer nivel de atención?	
¿Que formula utiliza para el cálculo de función renal?	
¿Cuáles son las razones por las que el paciente con enfermedad renal presenta complicaciones en su estado de salud?	



	Roles asignados al paciente y el prestador ¿Qué opina de la atención que le brinda a su paciente en el control de la enfermedad renal crónica? ¿Que podría hacer usted para ayudar a un mejor control de un paciente con enfermedad renal crónica? ¿Que barreras identifica en el sistema de salud para poder llevar un buen control del paciente con ERC?
	El contexto social y organizativo ¿Cuál cree usted que es la principal red de apoyo que tiene el paciente con enfermedad renal crónica? ¿Qué papel juega la familia en el control y tratamiento del paciente con enfermedad renal crónica?
	Integración de la vida con la enfermedad ¿Cuál es la principal barrera que usted identifica para el control de la enfermedad renal crónica? ¿Cuál cree que sea el motivo de fracaso en la prevención de enfermedad renal crónica?

5.- Pautas de Chequeo (evaluación)

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	



13.4 Anexo D. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	VALOR	ESTADÍSTICO
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Discreta		Media (x) desviación estándar ($x \pm DE$)
Género	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al macho de hembra, lo masculino de lo femenino.	Nominal Dicotómica	1.masculino 2.femenino	Frecuencia (f) Porcentaje (%)
Escolaridad	Cualitativa	Número de años que ha estudiado una persona	Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Licenciatura	Frecuencia (f) Porcentaje (%)
Diabetes Tipo 2	Cualitativa	Diagnóstico obtenido de acuerdo a ciertos parámetros laboratoriales (mayor a 126 mg/dl en ayuno y cualquier toma al azar mayor a 200 mg/dl. : así como los signos y síntomas que indique ,y ya corroborado en su conjunto por el Diagnóstico Médico	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No	Frecuencia (f) Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial	Nominal	Entidad patológica con signos y síntomas presentes, el paciente puede o no conservar su peso meta. Mayor a 140/90 mmhg.	Nominal Dicotómica	1.Si 2.-No	Frecuencia (f) Porcentaje (%)



VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	VALOR	ESTADÍSTICO
Enfermedad Renal Crónica	Cualitativa	Disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m ² , o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses.	Se realiza un cálculo con la formula CKD-EPI.	ESTADIOS 1.- Daño renal con TFG normal- TFG Mayor o igual a 90 2.- Daño renal con TFG ligeramente disminuido- TFG 60-89. 3.-FG ligeramente disminuido- TFG 30-59. 4.-FG gravemente disminuido- TFG 15-29. 5.-Fallo renal FG menor a 15 o diálisis	Frecuencia (f) Porcentaje (%)
Tipo de Familia	Cualitativo Nominal	Sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que no todas están integradas de igual manera. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Apolinar Membrillo Luna	Tipología Familiar a la que pertenece el paciente (Composición Familiar)	1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa	Frecuencia (f) Porcentaje (%)



- ¹ Crewsa C, Bello A K, Saadie G, Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. Nefrología 2020;40(1):4–11. DOI: 10.1016/j.nefro.2019.03.00.
- ² Nieto Iglesias J. Objetivos terapéuticos en el paciente con nefropatía diabética: glucemia, presión arterial, lípidos y antiagregación. Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario, Ciudad Real, Ciudad Real, España. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-objetivos-terapeuticos-el-paciente-con-107>
- ³ Torres-Toledano M et al. Carga de la enfermedad renal crónica en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;(55)118-23 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/2490/2864
- ⁴ Matos Trevín G ; Román Vargas S ; Remón Rivera L ; Álvarez Vázquez B . Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. Multimed 2016; 20(1). Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000300010>
- ⁵ Castro Serralde E , Cadena Antonio G. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(4):271-8. Disponible en : <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>
- ⁶ Guía de práctica clínica, prevención diagnóstico y tratamiento en la enfermedad renal crónica temprana. México . Secretaría de Salud. 2019.
- ⁷ KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes) publicadas en 2013 (ref Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
- ⁸ Arreola Guerra JM, Rincón Pedrero R, Cruz Rivera C, Belmont Pérez T, Correa Rotter R, Niño Cruz JA. Funcionamiento de las fórmulas MDRD-IDMS y CKD-EPI, en individuos mexicanos con función renal normal. Nefrología 2014;34(5):591-8.
- ⁹ Anatomofisiología y patología básicas. Regina Cardelús, Carlos Galindo, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo. MACMILLAN IBERIA, S.A. 2015. Pag 137-144.
- ¹⁰ Guía de práctica clínica. Intervención dietético nutricional paciente con enfermedad renal crónica sin y con tratamiento sustitutivo 1º, 2º y 3er Nivel de Atención. 2016. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- ¹¹ Gorostidi M , Santamaría R, Alcázar J, Fernández-Fresnedo, Galcerán M, Goicoechea M. Et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2015;34(3):302-16.
- ¹² Garcia-Garcia G, Jha V, Tao Li PK, et al. Chronic kidney disease in disadvantaged populations. Clin Kidney J. 2014;8(1):3–6. doi:10.1093/ckj/sfu124



- ¹³ Méndez Durán A, Ignorosa Luna MH, Pérez Aguilar G, Rivera Rodríguez FJ, González Izquierdo JJ, Dávila Torrese J. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;54(5):588-93.
- ¹⁴ Cueto Manzano AM et al. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 (2)134-42.
- ¹⁵ INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 525/18 31 DE OCTUBRE DE 2018.
- ¹⁶ Cortés Sanabria L, Ayala Cortés RA, Calderón García CE, Silva Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón. RevSalJal. 2017. 4 (1)6-9.
- ¹⁷ Grau Abalo, JA. Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Un Abordaje Desde Los Factores Psicosociales. Salud & Sociedad. 2016; 7(2):138-166.
- ¹⁸ Achury D.M, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. 2016; 13(1):55-60.
- ¹⁹ Tamayo y Orozco JA, Lastiri Quirós HS. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. 1ra Ed. Ciudad de México. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) 2016.
- ²⁰ Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Pérez Ruiz A, Ruiz Pérez FR, Labrador Mazón O. Programa de educación comunitaria sobre salud nefrológica en adultos mayores con factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017;33(2):163-170.
- ²¹ 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.
- ²² Real Academia Española: Real Academia Española y Asociación de las Academias de la Lengua Española (2014) «calidad». Diccionario de la lengua española (23ª edición). Madrid: España. ISBN 978-84-670-4189-7 Consultado el 08 Mayo del 2019.
- ²³ Mayo Alegre JC , Loredó Carballo NA , Reyes Benítez SN. En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. Retos de la Dirección 2015; 9(2):49-67
- ²⁴ ISO. Norma internacional ISO 9001. Quinta edición. 2015-09-15. Secretaría Central de ISO en Ginebra Suiza. Traducción oficial en español. Número de referencia ISO 9001:2015.
- ²⁵ Sánchez Jacas I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. MEDISAN 2016; 20(4):546



- ²⁶ García Saisó S. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición. México D.F. Dirección general de Calidad y educación en salud. 2015.
- ²⁷ Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2008 ;1(4):34
- ²⁸ Ayuzo del Valle. Pacientes, clientes, médicos y proveedores, ¿es solo cuestión de terminología?. Gac Med Mex. 2016;152:429-30
- ²⁹ Avalos García MI, López Ramón C, Priego Álvarez HR. Evaluación de la calidad. Hacia la atención centrada en el paciente. 1ra ed. Villahermosa, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2018.
- ³⁰ Adrián Arrieta L, Casas Fernández de Tejerina J.M. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. Semergen. 2018;44(5):335-341.
- ³¹ Avalos García MI, López Ramón C, Morales García MI, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SMG, y Cargill Foster NR. 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. Aten Primaria. 2017;49(1):21-27.
- ³² Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Rev.Fac.Nac.Pública 2016; 34(1): 48-53
- ³³ Gerónimo Carrillo R , Guzmán Cejas L , Magaña Olán L , Ramos Rendón KC. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. REVISTA SALUD QUINTANA ROO.2017;9 (35) 11-15.
- ³⁴ Alonso Novelo V, Salazar Cantón JR. Calidad en Servicios: Menester de cambio en organizaciones hospitalarias yucatecas. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa. 2016. 4(1)1-9.
- ³⁵ Szwako A, Vera F. Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción Paraguay.. Rev. Salud Pública Parag. 2017; 7 (2) 26-30.
- ³⁶ Diaz Medina BA, Mercado Martínez FJ. Obstáculos y estrategias de afrontamiento en la atención renal: estudio cualitativo en jóvenes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. Saúde Soc. São Paulo, 2019 ;28, (1) 275-286.
- ³⁷ Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 212-233. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v15n30/v15n30a15.pdf>
- ³⁸ Simone Márcia S, Braido N.F, Ottaviani A.C, Gesualdo Dutra G , Zazzetta M.S, Orlandi de Souza F. Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 17] ; 24: e2752.



Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100375&lng=en

³⁹ Villarreal Zegarra, D, Paz Jesus A. Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. Interacciones, 2015 1(1), 45-55. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759435>

⁴⁰ Aldrete Velasco JA, Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med Int Méx. 2018 ;34(4):536-550. DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.1877>

⁴¹ Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases and their risk factors. STEP wise approach to surveillance [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 25 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/steps/en/>

⁴² Nieto Ríos J, Bello Márquez D. TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL URGENTE . URGENCIA DIALÍTICA. 2019. Universidad Pontificia Bolivariana, 2019 ;30(8) Disponible en https://www.researchgate.net/publication/335569337_TERAPIA_DE_REEMPLAZO_RENAL_URGENTE_2019_URGENCIA_DIALITICA

⁴³ Jiménez Y.F, Carrillo G.M . Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal”: Un abordaje fenomenológico. Enferm Nefrol. 2018; 21(3):275-83. Disponible en : https://www.revistaseden.org/files/Articulos_3997_107original191651.pdf

⁴⁴ Ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Fecha de consulta: 15 de Mayo 2019.