



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

ELIZABETH VAZQUEZ PULGAR.

Médico Cirujano Y partero

Matricula: 9917275

CURP: VAPE750105MMNZLL04

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL EN EL
IMSS**

ASESOR:

Fernando Ibarra Ramírez.

Especialista en Nutrición

CO-ASESOR:

Dr. Benigno Figueroa Núñez.

Especialista en Medicina Familiar

ASESOR ESTADISTICO

Carlos Gómez Alonso.

Analista Coordinador "A".

Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

**N° REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION
IMSS: 2007.1602.001.**

MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, JULIO 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

ELIZABETH VAZQUEZ PULGAR.
Médico Cirujano Y partero

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN EL
IMSS**

ASESOR:
Fernando Ibarra Ramírez.
Especialista en Nutrición

MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, JULIO 2007.

AGRADECIMIENTOS

A MI ASESOR DE TESIS:

Por su confianza en el proyecto, la suma al esfuerzo y orientación, sin su apoyo este trabajo no hubiera tenido el mismo sentido.

A MIS COASESORES:

Gracias por transmitir toda su experiencia, y conocimientos para la elaboración de la presente tesis.

A MIS MAESTROS:

Por su aportación de sus conocimientos; tanto los adquiridos durante su practica diaria en la medicina, hasta su calidad humana, responsabilidad y ética indispensables en la etapa de formación en la especialidad de medicina Familiar.

A MIS COMPAÑEROS

A la mejor generación de residentes en esta sede, gracias por compartir esta etapa en nuestra vida profesional.

DEDICATORIA

A MIS PADRES.

Manuel; Qué en gloria esté, por todas su enseñanzas para ser una mejor persona y sobretodo, por que me enseñó el valor de una buena amistad, la cual ha sido fértil durante toda mi etapa como profesionista.

Luisa; Por su apoyo siempre incondicional sin importar lo acertado o equivocado de mí actuar, siempre la he valorado por su lucha incansable a pesar de la adversidad y amor inmenso.

A MIS HERMANOS.

Manuel, Vanesa e Iván; Por que siempre me han comprendido y apoyado durante mi formación profesional, gracias por sus alientos y sobre todo el haberme escuchado cuando lo he necesitado. Sí los quiero mucho.

A MI HIJO.

José Manuel: Eres quien impulsa cada uno de mis esfuerzos y logros, gracias por existir en mi vida y perdona todo el tiempo en que no pude estar a tu lado, sin embargo no hay persona que sea más importante para mí, recuérdalo.

Este trabajo se realizo en La U.M.F. 80 en coordinación con El área de nutrición y dietética de la unidad.

ASESOR:

Fernando Ibarra Ramírez.
Especialista en Nutrición

CO-ASESOR:

Dr. Benigno Figueroa Núñez.
Especialista en Medicina Familiar

ASESOR ESTADISTICO

Carlos Gómez Alonso.
Analista Coordinador "A".
Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.

Colaboradores:

Esp. En Nutrición: Elsa Mata Palafox
LN: Miguel Cortés Zarate

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I.- RESUMEN.	2
II.- SUMMARY.	3
III.- ABREVIATURAS.	4
IV.- GLOSARIO.	5
V.- RELACION DE TABLAS Y GRAFICAS.	6
VI.- INTRODUCCION.	7
VII.- ANTECEDENTES.	8
VIII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	22
IX.- JUSTIFICACION.	23
X.- OBJETIVOS.	24
XI.- MATERIAL Y METODOS.	25
XII.- RESULTADOS.	27
XIII.- DISCUSION.	33
XIV.- CONCLUSIONES.	36
XV.- ANEXOS.	38
XVI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	41
XVI.- ANEXOS.	
	Total de paginas 43

1. RESUMEN.

ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL DEL IMSS

INTRODUCCION: La Insuficiencia Renal Crónica es una patología con alta prevalencia en México, para su tratamiento se cuenta con el Trasplante Renal, algunos factores del Estilo de Vida se relacionan al deterioro de la función renal. Sin embargo a pesar de la importancia de su evaluación, no se cuenta con un instrumento específico para su valoración en el paciente con TR.

OBJETIVO: Conocer el EV en una población de pacientes trasplantados del IMSS, compararlo con las diferentes sedes, así como conocer los patrones de consumo entre los mismos.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron 121 encuestas aplicadas en pacientes con TR que participaron en la 4ª olimpiada nacional de trasplantados, se obtuvieron parámetros antropométricos, patrones de consumo y su composición a través del recordatorio de 24 hrs. Para evaluar el Estilo de Vida se adecuó el instrumento IMEVID, para su fiabilidad se utilizó el estimador de alfa de Cronbach y el estimador de Spearman-Brown.

RESULTADOS: La fiabilidad encontrada fue de 0.681 para el alfa de Cronbach y de 0.685 para el estimador de Spearman-Brown, el EV de vida observado con mayor frecuencia fue el poco favorable, en 3 sedes el IMC fue superior al 29kg/m², el promedio de consumo calórico no superó al recomendado para la población general.

CONCLUSIONES: Es necesario implementar Estilos de Vida saludables en pacientes con TR a fin actuar oportunamente en la prevención de complicaciones, incluso antes de la recepción del injerto por medio de estrategias como la educación, para mejorar el tiempo de sobrevida del injerto.

II.- SUMMARY

LIFE STYLE IN TRASPLANTED PATIENTS IN THE IMSS

INTRODUCCION: The Chronic Kidney disease is a pathology with high prevalence in México, It's considered for its treatment the renal transplantation, some factors of the Life Style are related to the renal function deterioration. However despite the importance of its assessment, we don't have an specific instrument for these patients.

OBJETIVE: to know about the life style in a population of transplanted patients from the IMSS, to compare it with the different seats, as well as to know he patterns of consume with each other.

MATERIAL Y METHODS: 121 surveys applied to patients with transplanted patients who participated in the 4^o national Olympic of transplanted people were reviewed, anthropometric parameters, consume patterns and its composition were obtained through the recall of 24 hours. For the assessment of the Life Style the IMEVID instrument was adapted. For its reliability it was used the alpha of Cronbach and the Spearman –Brown test.

RESULTS: the obtained reliability was of 0.681 for the alpha Cronbach and 0.685 for the Spearman-Brown test, the life style observed most frequently was less favourable, in three seats the BMI was superior to the 29Kg/m², the consume average didn't overcome the recommended one for the general population.

CONCLUSIONS: it's necessary to implement healthy life styles in patients with transplanted in order to act on time in the prevention of the complications, even before the reception of the graft by means of strategies as education, to improve the graft time surviving.

III.- ABREVIATURAS

ANOVA: Análisis de varianza. (Analysis of variance).

ENSANUT: Encuesta nacional de salud y nutrición.

EV: Estilo de vida.

Gr. /día: gramos por día.

HDL: Lipoproteínas de alta densidad.

HPLP: Health-promoting Lifestyle profile.

IMC: Índice de masa corporal.

IMEVID: Instrumento para medir estilo de vida en diabéticos.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

IRC: Insuficiencia renal crónica.

LDL: lipoproteínas de baja densidad.

OMS: organización Mundial de la salud.

TA: Presión arterial.

TR: Transplante renal.

IV.- GLOSARIO

CALIDAD DE VIDA: Es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como se percibe cada paciente sobre diferentes componentes de la salud.

ESTILO DE VIDA: es un patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas.

FIABILIDAD: Es la constancia de los resultados que proporciona un instrumento o medida, cada vez que sea aplicado a la misma persona y en las mismas circunstancias.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA : Reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas funcionantes , definido como alteraciones estructurales o funcionales del riñón, con o sin descenso de la filtración glomerular, que lleva a una incapacidad para realizar las siguientes funciones: Depuración y excreción de residuos nitrogenados tóxicos, Regulación del equilibrio hidroelectrolítico, del equilibrio ácido-base y Endocrino-metabólica.

OBESIDAD: Persona con un Índice de Masa Corporal mayor o igual a 32.

PREVALENCIA: (del latín prevalere: prevalecer, predominar): número total de casos (conocidos y nuevos) de una enfermedad o de otra condición dada en una población determinada durante un periodo definido.

V. RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
• Tabla I Características sociodemográficas por procedencia.	27
• Tabla II Características de la muestra estudiada.	28
• Tabla III Características de Nutrición por procedencia.	29
• Tabla IV Patrones de consumo por sedes.	29
• Tabla V Calificaciones Obtenidas en encuesta de EV.	30
• Tabla VI Distribución del EV por género.	31
• Tabla VII ANOVA por sedes por dominios.	32
• Tabla VIII Tabla de subconjuntos homogéneos.	32
• Tabla IX Comparación de EV con características de consumo.	33
• Figura 1 Promedios de ingesta ideal y real por Sedes.	30
• Figura 2 Distribución de frecuencia del EV Del total de la muestra.	31

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica es una patología de alta prevalencia en México y de elevada morbimortalidad cardiovascular (1), existen reportes donde se estima una prevalencia de 1,142 por millón de habitantes muy similar a la de países industrializados.

Para el tratamiento de la IRC se cuenta con el trasplante renal, la Hemodiálisis y diálisis peritoneal, con grandes diferencias de costos entre estas(2). El objetivo del trasplante renal es la rehabilitación del paciente en IRCT de una enfermedad discapacitante, dicho procedimiento implica un cambio radical en la calidad de vida en el 1er año de realizado (3), asociado a la mejoría de sentimientos de angustia en el paciente y su entorno. El impacto emocional para el paciente y sus familias ante una enfermedad grave y sus angustiantes consecuencias en la enfermedad renal Terminal se hacen común en todas las modalidades de tratamiento de esta (sentimientos de invalidez angustia e incertidumbre), por lo que es un hecho conocido que los pacientes portadores de un trasplante renal disfrutan de una mejora en la calidad de vida, similar a la población general y mejor que los pacientes en tratamiento crónico.

Sin embargo Solo 1 de cada 4 pacientes que requieren terapia de remplazo renal tienen acceso a ella. Se conocen factores en el estilo de vida que se relacionan a un deterioro en la función renal irreversible y progresiva, como el consumo del tabaco y del alcohol, por ello es importante definir el estilo de vida.

Estilo de vida:

La OMS lo considera como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socio-culturales y por las características personales de los individuos. Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad –

Física, consumo de alcohol, tabaco, uso de drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. (4) Dicho constructo complejo desempeña un papel central en el proceso salud–enfermedad, El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad, pues algunos de sus componentes, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico de la enfermedad renal crónica. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición o cambiar su historia natural. (5)

ANTECEDENTES.

Existen diferentes instrumentos para evaluar el estilo de vida, son de tipo genérico, es decir, contruidos para aplicarse a población general y no a personas con enfermedades específicas, los cuestionarios más conocidos de este tipo son el FANTASTIC y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP). Estos instrumentos han sido traducidos al idioma español pero su utilización clínica o en investigación ha sido escasa. El instrumento FANTASTIC no ha demostrado su utilidad real en la práctica clínica como una herramienta que permita identificar los estilos de vida "poco saludables" en pacientes con enfermedades específicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus.

No existen instrumentos específicos diseñados para medir los estilos de vida en los sujetos postrasplante renal. Un instrumento construido para este fin puede facilitar la identificación y medición de los componentes del estilo de vida que se relacionan con el curso clínico de la enfermedad renal, y sobrevida del trasplante. La identificación de estos componentes es fundamental para proporcionar consejería individual o familiar de manera adecuada y oportuna, así como para proponer la integración de los pacientes a programas grupales de intervención, dirigidos a fomentar estilos de vida "favorables".

El IMEVID (Instrumento para medir estilo de vida en diabéticos) es un cuestionario estandarizado, global y auto administrado que se constituye de 7 dominios, ya validado en nuestra población para el paciente diabético.

Se compone de los siguientes dominios: Nutrición, actividad física, Consumo de tabaco, Consumo de alcohol, Información, adherencia terapéutica, emociones, ya validado en México, es un instrumento fácil de contestar y de calificar, además de que permite identificar conductas de riesgo, que pueden ser potencialmente modificables.

Se conocen diversos factores que pueden modificar el estado del paciente ; El impacto de los estilos de vida no saludables en el desarrollo de la enfermedad renal crónica y su progresión de la misma incluyen: hábito tabáquico , obesidad o

Sobrepeso , consumo de alcohol , ingesta de sal, edad, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hiperhomocisteinemia, donde estudios han descrito una relación bimodal entre el riesgo cardiovascular y la progresión del mismo.

Por lo anterior es importante desglosar dichos factores debido a que en sus inicios, del trasplante renal, la infección era la primera causa de morbilidad y mortalidad, sin embargo ahora la nefropatía crónica del injerto y la mortalidad cardiovascular son en este momento los principales problemas de los enfermos con trasplante renal .

Factores evaluados en el estilo de vida:

Dieta:

Este es un factor condicionante de daño vascular. Su influencia está mediada por su efecto en factores como lipoproteínas, presión arterial, y obesidad. Se sabe que la dieta mediterránea por su composición tiene efectos sobre el incremento en la resistencia a la oxidación de los lípidos, reducen la oxidación de las LDL, disminuyen sus niveles, elevan los de HDL, disminuyen la oxidación de los lípidos en la pared arterial.

Una dieta baja en sal es un factor determinante en la presión arterial, una dieta baja en sal puede prevenir el incremento de la presión arterial que ocurre con la edad, se aconseja ésta sea menor de 5 gr. / día.

La restricción temprana de proteínas refleja una mejoría en la nefropatía establecida, la ingesta recomendada es de 0.6 a 0.8 gr./Kg. de peso al día

Sedentarismo.

Estudios prospectivos demuestran que el sedentarismo se asocia con un mayor riesgo cardiovascular, es decir tan solo el ejercicio físico moderado previene el sobrepeso , baja los niveles de colesterol y triglicéridos, aumenta los niveles de HDL y

permite mejor control de la TA reduciendo hasta el 20 al 25% de riesgo de mortalidad de origen cardiovascular.

Tabaco:

El uso de tabaco aumenta 2- 4 veces el riesgo cardiovascular, tal efecto está relacionado con la cantidad diaria, la duración de la adicción y la edad de iniciación del hábito del tabaco. Es así que el riesgo es mayor en los que comienzan a fumar antes de los 15 años, además del hecho de que los fumadores tienen niveles altos de fibrinógeno y ello se asocia con ateromatosis y complicaciones cardíacas agudas.

La prevalencia del uso del tabaco es similar a la de la población general, Sin embargo con insuficiencia renal el acumulo de nicotina es más elevado. Los datos del USRDS Wave Study indican que el tabaquismo se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de insuficiencia cardíaca de novo, infarto al miocardio, vasculopatía periférica y mortalidad específicamente en pacientes en hemodiálisis.

Estudios trasversales han demostrado , en su mayor parte, una prevalencia aumentada de enfermedad cardiovascular en pacientes con IRC o en diálisis en Fumadores que en no fumadores , ya que favorece la rigidez arterial . (4)

En estudios prospectivos el tabaco es un factor de riesgo de eventos coronarios en pacientes trasplantados. El riesgo es dosis dependiente y se reduce tras 5 años de su abandono.

También se ha demostrado que se asocia con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal , especialmente en la nefropatía diabética y de fallo del injerto, los efectos potenciales por los que el tabaquismo favorecería la progresión de la enfermedad renal serían : la activación simpática, el aumento de citoquinas como la TGF- β ó endotelina -1 y el aumento en el estrés oxidativo. (4)

Alcohol:

El riesgo está en relación de la cantidad ingerida, la toma de cantidades mayores a los 30 gr./ día de etanol, (2 a 3 vasos de vino) en el hombre y menor a 20 gr./ día de etanol en la mujer incrementan el riesgo de daño, en la población general , y su restricción puede ser necesaria en la población con sobrepeso , siendo discutible en la población trasplantada , considerando el efecto del alcohol en la metabolización de algunos fármacos inmunosupresores. (4)

Sobrepeso y obesidad:

El sobrepeso (IMC = 25 – 29,9 Kg./m²) y obesidad (IMC > 30 Kg/m²) de distribución central de grasa corporal, son frecuentes en la población trasplantada, los cuales presentan una alta prevalencia de alteraciones de los lípidos (sobre todo la hipertrigliceridemia y la HDL baja) hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa , nefroesclerosis.

Lo que representa una mayor mortalidad especialmente de causa cardiovascular, al relacionarse a otros factores como la dislipidemia o diabetes. Además parece asociarse a una menor supervivencia del injerto.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular modificable, es por ello se recomienda determinar el IMC y la grasa abdominal. Es aconsejable reducir el peso en pacientes renales obesos (IMC > 30 Kg./m²) o con sobrepeso (IMC 25 – 29 Kg./m²).

En los pacientes trasplantados renales la retirada de esteroides puede favorecer la reducción de peso. (5)

Factores como la obesidad (IMC↑ a 30kg/m²) e hipertensión posterior al trasplante renal se encuentran presentes hasta en el 80% de ellos, lo que afecta la supervivencia del trasplante, el primero relacionado al desarrollo de nefroesclerosis (5).

ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE EL TRANSPLANTE RENAL

Desde la antigüedad el hombre no imaginaba la posibilidad de reemplazar un órgano enfermo por otro sano sin embargo; es indudable que en un corto plazo de tiempo hemos sido testigos de cómo «el transplante de órganos» se ha convertido en uno de los avances más importantes de la medicina moderna. El mayor progreso se ha dado en las últimas dos décadas, de tal manera que en la actualidad los trasplantes de riñón, corazón hígado, médula ósea, hueso, piel y córnea se efectúan cada vez con mayor frecuencia.

Como los órganos transplantados siempre provienen de un donador, esto ha causado un gran impacto, tanto social, como legal y filosófico, y se han involucrado en el problema conceptos morales, religiosos, legales y bioéticos, que en general sólo han obstaculizado la práctica de los trasplantes (2)

En lo legal también existen problemas, un mal cumplimiento de las leyes puede derivar en comercio ilícito de los órganos, mientras que el seguimiento estricto de ellas entorpece y retrasa mucho los procedimientos que pueden salvar y prolongar la vida de un ser humano.

En la actualidad, la carencia de donadores (sólo en México, y en un año, 4,000 pacientes esperan un riñón y sólo 600 lo reciben), ha impulsado a los médicos a la posibilidad de utilizar órganos de otras especies mamíferas, o a la utilización de tejido fetal, lo que ha causado más polémica y nuevos cuestionamientos bioéticos.

El tema de los trasplantes en México, y las implicaciones que produce, deben ser tratados por un grupo muy especial de personas, sobretudo por aquéllas que han tenido experiencia, que han vivido estos problemas y que aceptan discutir y reflexionar sobre ellos, ya que estamos seguros de que un debate de este tipo es necesario y obligado para tratar de encontrar respuestas que nuestros pacientes y la sociedad requieren.

El trasplante de órganos y tejidos se ha convertido en una de las herramientas terapéuticas más importantes para el manejo de varias enfermedades crónicas que anteriormente eran consideradas terminales. No existe ninguna duda sobre la importancia de la donación cadavérica de órganos y tejidos, sin embargo los esfuerzos se están limitando a la obtención de órganos para trasplante.

La sustitución de un órgano enfermo por otro sano constituye la terapéutica más espectacular de la medicina y un sueño largamente acariciado por la humanidad. Algunas de las quimeras mitológicas pudieran ser productos de esto.

La historia del trasplante es curiosa e interesante, existen descripciones muy antiguas encontradas en papiros orientales y documentos chinos que presuponen la realización de trasplantes 50 años a.C.

La leyenda de San Cosme y San Damián constituye el primer ejemplo de trasplante a partir de un donante cadavérico. Se narra la amputación de la pierna a un etíope muerto, realizada por los Santos, para reemplazar la pierna gangrenosa del diácono Justiniano, Sacristán de la Basílica de Roma.

La época científica del trasplante de órganos inició el siglo pasado, cuando las técnicas de sutura vascular descritas por los doctores Jaboulay, Murphy y Payr, fueron perfeccionadas por el Dr. Alexis Carrel en 1906, permitiendo intentar un alotrasplante renal en un perro, mediante la anastomosis vascular directa.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Peter Medawar utilizando como modelo experimental los trasplantes de piel en ratones, descubrió que el rechazo observado en los injertos, tenía naturaleza inmunológica. Posteriormente Peter Gorer, describe los antígenos de histocompatibilidad también en el riñón, ubicándolos sus genes en el cromosoma 17. Otro de los momentos históricos de los trasplantes tiene lugar en 1954,

cuando los doctores Murray, Merrill y Harrison, realizan el primer trasplante renal con éxito entre gemelos monocigóticos, en la ciudad de Boston, Massachussets, EE.UU. En 1958, Roy Calne demostró que la 6-mercaptopurina, prolongaba la supervivencia de los trasplantes en perros. Fue en este mismo año que se empleó por vez primera en humanos, para 1960 ya su empleo se había generalizado en diversos países.

El problema fundamental con el empleo de la 6-mercaptopurina era mantener los niveles sanguíneos. Los trabajos de Calne prosiguieron, encontrando que el imidazol derivado de la mercaptopurina, denominada azatioprina, era muy estable, permitiendo mantener su concentración sanguínea dentro de límites bien definidos.

Asimismo, desde 1950 se sabía que los glucocorticoides disminuían la reacción de rechazo de la piel trasplantada, pero fue hasta 1960 que el Dr. Goodwin, solucionó por primera vez un episodio de rechazo administrando grandes cantidades de glucocorticoides.

En 1963, el Dr. Starzl recomendó el empleo sistemático de azatioprina y glucocorticoides desde el momento del trasplante. En México, ese mismo año, el 21 de octubre, los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont, realizaron el 1er. trasplante renal de donador vivo en el Centro Médico Nacional, del IMSS.

Ante este importante avance científico, en 1973 las autoridades se dieron a la tarea de regular la práctica de los trasplantes, en el Título Décimo del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

La sustitución de un órgano enfermo por otro sano constituye la terapéutica más espectacular de la medicina. En 1954 se realiza el primer trasplante renal con éxito a nivel mundial. En México, el 21 de octubre de 1963, los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont, realizaron el 1er. trasplante renal de donador vivo en el Centro Médico Nacional, del IMSS.

En 1984 se creó el Registro Nacional de Trasplantes, como organismo responsable de: vigilar el apego a la normatividad, contabilizar las disposiciones hechas y los trasplantes realizados, además de llevar el registro de los pacientes en espera de trasplante de órganos cadavéricos.

En ese mismo año, se estableció en la Ley General de Salud, en el Título Decimocuarto, las disposiciones para el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos y en Septiembre de 1985 apareció el Reglamento del mismo.

En esta década, gracias a la introducción de la ciclosporina y sus beneficios, tuvo auge la realización de trasplantes a partir de donador cadavérico en todo el mundo. Así, en 1987 los doctores Héctor Díliz y Héctor Orozco efectuaron el primer trasplante de hígado, en México, en el Instituto Nacional de Nutrición.

El 19 de Enero de 1999 por Acuerdo Presidencial y con los propósitos de desarrollar un Sistema Nacional de Trasplantes y de fomentar una nueva cultura en materia de donación altruista de órganos y tejidos, se creó el Consejo Nacional de Trasplantes como órgano intersecretarial del Sector Público Federal.

El 26 de mayo del 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud, en su Título XIV, referente a la "Donación, Trasplante y Pérdida de la Vida", creándose así el Centro Nacional de Trasplantes. Esto sin duda, representa la plataforma de proyección, para el desarrollo de un efectivo Sistema Nacional de Trasplantes.

En 1984 se creó el Registro Nacional de Trasplantes. El 19 de enero de 1999 se creó el Consejo Nacional de Trasplantes como órgano intersecretarial del Sector Público Federal. El 26 de mayo del 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación

la reforma a la Ley General de Salud en materia de Trasplantes en donde se establece la creación del Centro Nacional de Trasplantes.

Consideraciones generales

En México existe una demanda considerable de trasplantes, ya que cada día son más las personas que requieren de un órgano o un tejido para ser trasplantado. Para poder entender la donación y el trasplante de órganos y tejidos es importante definir ciertos aspectos que resultan primordiales para que este proceso pueda llevarse a cabo mediante las distintas técnicas médicas con las que se cuenta en la actualidad. Por lo que a continuación se tocarán las consideraciones generales sobre el proceso de donación y trasplante.

Donación de órganos y tejidos

La donación de órganos y tejidos se define como el acto de dar algo de sí mismo a otro sujeto que lo requiere, durante este proceso se encuentran involucrado un sin fin de aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y legales, entre otros.

En la donación de órganos, tejidos y células participa un grupo formado por médicos, enfermeras, paramédicos y trabajadoras sociales, que con sus conocimientos y capacidades buscan fomentar la donación para poder incrementar el número de trasplantes que se requieren en el país. Claro está que esto no sería posible sin la aprobación de las personas que deciden donar sus órganos, tejidos y células a alguien más: los disponentes y los donadores.

Disponente

Un disponente es aquel que decide donar o no, sus órganos o los de alguna otra persona. Existen dos tipos de disponentes:

Disponentes originarios

Es toda persona que goza del derecho de donar sus órganos, tejidos, productos, células y/o cadáver. Puede ser considerado como el "potencial donante", es decir, la persona que tiene la facultad de decidir sobre el destino de su propio cuerpo.

Disponentes secundarios

Son aquellas personas que pueden otorgar su consentimiento o anuencia para la disposición de órganos y tejidos de un cuerpo, ajeno al suyo. En orden de preferencia son: cónyuge, concubinario o concubina, ascendientes, descendientes, parientes colaterales en segundo grado, representantes legales de menores, autoridad sanitaria y representantes de la ley.

Donador

Persona que ya tomó la decisión de ceder un órgano, tejido o células, por medio de su consentimiento tácito o expreso, para fines de trasplante.

Se entiende por donación expresa cuando la persona misma lo declara, con respecto de su propio cuerpo, y ésta la hace de manera expresa, a través de un documento privado, creado por la persona misma y con su firma; o a través de un documento público, ante una autoridad oficial, emitido especialmente para esos efectos. Se podrá señalar a favor de quien se hace la donación o las condiciones bajo las cuales se hará tal donación. Con esto se respeta cabalmente el derecho de libertad de disposición.

Se señala que la donación expresa, emitida por personas con capacidad jurídica para hacerlo, capaces y mayores de dieciocho años, no podrá ser revocada por terceros, por ser éste un derecho personal e intransmisible.

De la misma manera, se señala el derecho de toda persona de revocar su deseo de donar, en cualquier momento y sin responsabilidad alguna, con lo cual se respeta el derecho de libertad personal, así como se asegura que la donación, en todo momento, se dé voluntariamente, y en ningún momento sea impuesta a persona alguna. El

consentimiento expreso es elemento esencial para la donación de órganos y tejidos en vida, así como para la donación de sangre y sus componentes.

A la donación tácita se debe entender cuando el disponente, en vida guardó silencio al respecto de su deseo de donar, o simplemente no lo expresó en algún documento, por lo que a su muerte, la Ley lo reconoce como donador, por lo que si su cónyuge, concubinario o concubina, ascendientes, descendientes, hermanos, el adoptante o el adoptado, no expresan su negación, se le reconocerá su derecho de ser donador.

Dentro de este tipo de donación, no se puede creer que existe obligatoriedad, ya que el disponente conserva en todo momento su derecho de negar la donación, incluso después de su muerte a través de las personas más cercanas a él.

El consentimiento tácito debe ser comprendido como el silencio que guarda una persona con respecto de la donación de su cadáver y sus componentes.

De ninguna manera, se deberá entenderse como un acto autoritario por parte del Estado, ya que en todo momento, la persona conserva su derecho de negarse a tal donación. Al basarnos en el principio de solidaridad humana, valor tan deseado por toda sociedad, se entiende que toda persona que fallece tenía el deseo de brindar su apoyo al resto de la comunidad, beneficiándola con un regalo de vida, por eso la Ley entiende que todos estamos deseosos de brindar ayuda, por lo que al no oponernos fehacientemente, se entiende que la intención es de generosidad y altruismo.

Dentro de este principio de solidaridad humana no se puede ignorar la fuerte cultura hacia la veneración que la Ley da la facultad al cónyuge, concubinario, concubina, descendientes, ascendientes, hermanos, adoptado o adoptante para que expresen la negación a nombre del fallecido. Con esto se asegura que, hasta después de la muerte, el disponente conserve la posibilidad de que su negación sea expresada a través de las personas más allegadas a él, y con esto respetando hasta después de su muerte, su derecho de determinar el destino de su cadáver, tejidos, órganos y células.

Se considera tan importante el derecho de toda persona de determinar el destino de su cadáver y su componentes orgánicos, que la Ley se asegura de ofrecer los mecanismos por los cuales se puede expresar la negación con respecto de la donación, incluso prevé incluirlos dentro de ciertos documentos públicos, no sólo para asegurar su validez, sino para brindarle a la persona toda oportunidad de negar su deseo de ser donador.

El consentimiento tácito sólo será aplicado en cadáveres de personas en las que se haya confirmado la pérdida de la vida.

Al rezar esto la Ley, se está asegurando que de ninguna manera una persona corra el riesgo de que se dispongan de sus órganos, tejidos o células, mientras sigue con vida, sin su consentimiento informado.

De la misma manera, se señala que la donación tácita sólo operará en los casos en que la finalidad única sean los trasplantes, ya que sólo así se cumple con el principio de beneficencia, y se consideran ciertos componentes orgánicos de cierta persona, para salvarle la vida a una o varias personas, sin que esto implique un deterioro hacia el donador.

Una persona deja de ser disponente y se convierte en donador cuando se da la voluntad de que se utilicen sus órganos, tejidos o células, de manera expresa o tácita, en beneficio de otra persona por medio de las técnicas de trasplantes.

Para poder ser donador se debe hacer una revisión de la salud de la persona, únicamente existen tres criterios absolutos de exclusión de donantes: las neoplasias malignas, excepto algunas del sistema nervioso central, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la sepsis bacteriana o viral no controlada con tratamiento adecuado. Existen dos tipos de donadores:

Donador vivo

Es aquel que decide donar un órgano par o un segmento de un órgano único, y que no pone en peligro su vida. Así puede donar los tejidos: sangre, médula ósea, hueso, amnios y sangre de cordón umbilical; y de órganos sólidos como un riñón, o un segmento de órganos como son el hígado, el páncreas y el pulmón, lo anterior es únicamente permitido cuando comparten afinidad consanguínea o afinidad civil.

Las personas encargadas de la procuración de órganos de este tipo de donadores deben de informar de antemano los riesgos y beneficios sobre este procedimiento a través de una valoración integral del probable donador, en donde se asegure que la donación no causará algún daño en su bienestar biopsicosocial. El consentimiento de un donador vivo debe ser bajo una reflexión libre, informada y legalmente adecuada.

Los órganos que pueden ser procurados son: riñones, hígado, corazón, pulmones, páncreas e intestino. Los tejidos: córneas, huesos y segmentos osteotendinosos, válvulas cardiacas, segmentos vasculares y piel.

Para poder ser donador cadavérico de órganos y tejidos se deben de cumplir ciertos criterios:

CRITERIOS GENERALES DE DONADORES DE ÓRGANOS

- Certificación de pérdida de la vida.
- Sin antecedentes significativos de enfermedad que afecte al órgano a donar.
- No antecedentes de malignidad extra craneal.
- No proceso séptico descontrolado.
- Estabilidad hemodinámica relativa.
- Compatibilidad al grupo sanguíneo.
- Causa conocida de muerte.

CRITERIOS GENERALES DEL DONADOR DE TEJIDOS

- Sin antecedentes de enfermedad significativa que afecte a los tejidos por considerar.
- Sin enfermedades transmisibles o sepsis.
- Causa conocida de muerte.

El consentimiento de un donador vivo debe ser bajo una reflexión libre, informada y legalmente adecuada. Donador cadavérico: legalmente consideramos donante de órganos y/o tejidos a toda persona fallecida, que en vida no haya dejado constancia expresa de su oposición para que después de su muerte se realice la extracción de órganos y tejidos, previo consentimiento de los familiares cercanos.

Todo esto ha provocado que, en la actualidad, las dificultades ya no sean quirúrgicas o inmunológicas, sino que giren en torno a la disponibilidad de los órganos para transplantar, suscitando problemas de tipo legal y bioético.

Como la gran mayoría de los trasplantes, salvo el renal, son de órganos únicos y vitales y forzosamente deben provenir de un cadáver, los problemas surgen cuando un paciente fallece y los familiares deben decidir acerca de la donación.

Planteamiento del problema

Debido a la alta prevalencia de la Insuficiencia renal en nuestro país y a pesar de que el Transplante Renal ofrece grandes ventajas respecto a las demás modalidades para el tratamiento de la Insuficiencia renal no existe información acerca de el estilo de vida del paciente con Transplante Renal, por lo que es necesario profundizar en su conocimiento, a fin de comprender y evitar las complicaciones asociadas y mucho más importante actuar de manera oportuna en la prevención de estas.

Sin embargo hasta el momento actual, no se han desarrollado instrumentos para evaluar el estilo de vida en el paciente postrasplantado renal, a pesar de tener amplia información acerca de cómo cada componente afecta de manera directa en la sobrevida del trasplante.

Por lo que la evaluación de estos factores se hacen indispensables.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el estilo de vida en el trasplantado renal?

Justificación

El conocimiento del estilo de vida y su medición es fundamental, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, y aparición de complicaciones.

Este estudio se dirige básicamente en el conocimiento del estilo de vida en una muestra de pacientes con trasplante renal en una población del IMSS, a fin de conocer el estilo de vida de cada uno de estos pacientes, sin embargo debido a que no se cuenta con un instrumento específico para la evaluación del EV en el postrasplantado renal en México, se utilizó el cuestionario IMEVID adaptado para la población postrasplantada renal, instrumento previamente Validado en México para población con Diabetes tipo 2, ofreciendo un parámetro inicial para la evaluación del EV y dar origen en lo futuro a la creación de un instrumento específico para este grupo de pacientes, que nos permita el conocimiento más en específico de su EV, para así actuar de forma específica y precoz incluso antes de recibir el injerto y fomentar EV adecuados que permitan una mayor sobrevivencia en este grupo de pacientes.

Objetivos

GENERAL:

Conocer el estilo de vida en una población de pacientes con trasplante renal del IMSS.

ESPECIFICO:

Identificar el estado nutricional

Conocer el consumo energético calórico y patrones de consumo de una población de pacientes con trasplante renal en el IMSS.

Descripción del Estudio

Diseño del estudio:

Descriptivo tipo encuesta.

Temporalidad:

Retrospectivo

Método de observación:

Transversal

Tipo de análisis:

Descriptivo

Tipo de investigación:

Observacional.

Material y Métodos:

Ubicación espacio temporal:

Se revisaron un total de 121 encuestas auto administradas, aplicadas a pacientes derechohabientes al IMSS portadores de trasplante renal, durante la 4a Olimpiada Nacional de pacientes trasplantados del IMSS realizadas en el mes de Septiembre del 2005 en la Cd. de Morelia Michoacán.

Tipo de Muestreo: No probabilística.

Tamaño de la muestra: 119 pacientes derechohabientes del IMSS portadores de trasplante renal, (98%) del total de asistentes al evento

Criterios de Inclusión: Se incluyeron al estudio aquellas encuestas auto administradas de pacientes con transplante renal.

Criterios de selección: se incluyeron todas las encuestas auto administradas adecuadamente requisitadas.

Criterios de eliminación: se eliminaron 2 de las 121 encuestas, que eran de pacientes con trasplante de medula ósea.

Descripción operativa del estudio

El instrumento aplicado quedó compuesto por 21 reactivos con tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2, 4, que corresponde al valor más alto para la conducta deseable.

Para la Validez del instrumento la consistencia interna se determinó mediante el alfa de Cronbach y la consistencia externa fue evaluada por el método de mitades mediante el estimador de Spearman- Brown.

Se obtuvo de la encuesta auto administrada parámetros antropométricos como el IMC (índice de masa corporal) calculados a través del peso en Kilogramos y talla en centímetros a través de la fórmula $\text{peso} / (\text{talla})^2$, el peso y la talla fueron datos proporcionados por los pacientes, así como el cálculo de peso ideal.

A través del recordatorio de 24 hrs. Se calculó la ingesta real. Se comparó con la ingesta ideal, se calcularon patrones de consumo mediante el programa de cálculo rápido del expediente electrónico de Nutrición IMSS, expresados en Kcal./ Día.

Para la evaluación del estilo de vida en con los dominios de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, emociones, apego a tratamiento e información, se adecuó de acuerdo a las características de la población estudiada el Instrumento IMEVID.

La máxima puntuación para la encuesta fue de 84 puntos, estableciéndose una escala tipo likert como a continuación se describe:

26 – 42 puntos: desfavorable.

43 – 64 puntos: poco favorable.

> 64 puntos: favorable.

Se realizaron comparaciones entre Sedes con los patrones de consumo, composición corporal y estilo de vida.

Los resultados se procesaron en el programa SPSS versión 15.0 para Windows. La estadística descriptiva se presenta por medio de proporciones para las variables categóricas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Se empleo ANOVA por sedes en los diferentes dominios del instrumento. Así como la prueba de t de Student para muestras independientes en variables continuas para las diferencias de medias considerando un nivel de significancia estadística; una p valor de < 0.05 .

Resultados:

En la fiabilidad del instrumento aplicado para evaluar el estilo de vida el alfa de Cronbach para la consistencia interna del instrumento, dio un valor global de los 21 reactivos de 0.681 y por el método de mitades se reconfirmo mediante el estimador de Spearman-Brown para la validez externa obteniéndose un valor de 0.685, considerándose el instrumento como confiable

Se analizaron un total de 119 encuestas de las 8 sedes de procedencia, de ellos el 45.5% fue del sexo femenino y el 54.5% del sexo masculino. La talla promedio fue de 1.59cm. \pm 0.11, la mayor estatura se observó en el estado de Nuevo León. Tabla 1

Tabla 1 Características Antropométricas por Procedencia

Procedencia	N	Género				Talla		Peso actual		Peso Habitual		IMC	
		M	%	F	%	\bar{X}	\pm EE	\bar{X}	\pm EE	\bar{X}	\pm EE	\bar{X}	\pm EE
D.F	37	26	70.3	11	29.5	1.62	0.95	64	12.9	64.1	12.9	24.5	3.74
Jalisco	43	20	46.5	23	53.5	1.54	0.15	54.9	18.2	55.0	16.9	22.8	4.78
Zacatecas	4	4	100	0	0	1.64	0.04	66.5	6.50	66.7	5.73	24.5	2.64
Nvo. León	4	2	50.0	2	50.0	1.70	0.09	74.8	15.2	73.6	14.8	25.2	1.89
Guanajuato	5	3	60.0	2	40.0	1.63	0.09	58.2	8.07	57.8	6.90	22.0	3.00
Chihuahua	6	2	33.3	4	66.7	1.59	0.07	65.6	10.2	60.9	9.18	25.8	4.49
Durango	9	3	33.3	6	66.7	1.61	1.11	68.6	11.1	67.2	11.1	26.5	3.87
Michoacán	11	6	54.5	5	45.5	1.63	0.07	66.3	15.4	64.1	13.6	24.7	5.38
TOTAL	119	66		53									

El estado nutricional encontrado en la muestra fue normal con un IMC de 24.07 \pm 0.39, Para el sexo femenino Fue de 24.25 \pm 0.55 y para el masculino de 23.92 \pm 0.56. Sin embargo por sedes se observó que los estados de Nuevo León Chihuahua, y Durango presentaron un IMC (Índice de Masa Corporal) superior al 25 Kg. /m², clasificándose dentro de Sobrepeso.

Tabla 2 Características de la muestra estudiada

	Total	Varones	Mujeres	P	Significancia
<i>N</i>	119	66(55.5%)	53(44.5%)	0.233	<i>N.S</i>
Talla	1.59±0.11	1.63±0.015	1.55±0.013	.000	<0.05
Peso Actual	61.57±0.11	64.17±2.0	58.33±1.8	.045	<0.05
Peso Habitual	61.07±1.53	63.78±2.0	57.69±1.6	.025	<0.05
IMC	24.07±0.39	23.92±0.56	24.25±0.55	.676	<i>N.S</i>
Ingesta Ideal	1720.5±20.3	1827.8±25.4	1586.9±21.9	.000	<0.05
Ingesta Real	2025.5±46.6	2202.4±71.2	1865.8±44.4	.000	<0.05
Carbohidratos	57.11±0.48	56.6±0.67	57.67±0.6	.297	<i>N.S</i>
Proteínas	15.64±0.16	15.7±0.22	15.56±0.2	.667	<i>N.S</i>
Lípidos	26.95±0.35	27.0±0.50	26.81±0.4	.710	<i>N.S</i>

Significativo Valor de $p < 0.05$.

En la tabla 2 se muestra la composición de los macro nutrientes consumidos en los 119 pacientes; se observa un promedio de consumo de carbohidratos (57.11%±0.48), de proteínas (15.64 %±0.16) y de lípidos (26.95 %±0.35). Considerado dentro de rangos normales; El consumo energético en calorías para el sexo masculino supera en 400Kcal y para el sexo femenino en 300 Kcal. en relación a su ingesta ideal.

Tabla 3 Características de Consumo por procedencia

Procedencia	Ingesta Ideal		Ingesta Real	
	\bar{X}	\pm EE	\bar{X}	\pm EE
D.F	1744.05	184.83	2095.76	421.388
Jalisco	1647.67	263.663	2097.23	649.597
Zacatecas	1850.00	57.735	2059.75	271.247
Nvo. León	1875.00	250.000	2204.00	761.320
Guanajuato	1780.00	228.035	1654.80	154.741
Chihuahua	1700.00	178.885	1920.33	325.986
Durango	1751.11	221.102	1960.00	313.027
Michoacán	1782.73	423.992	2003.55	423.992

En la Tabla 3 al comparar las ingestas, se puede observar que el estado de Nuevo León es la sede donde se superó la ingesta calorica real de la ideal. Sólo el Estado de Guanajuato reporto un consumo inferior al ideal.

Tabla 4 Patrones de consumo por Sedes

SEDE	<i>N</i>	Carbohidratos *	Proteínas *	Lípidos *
Distrito Federal	37	57.24 \pm 0.9	15.70 \pm 0.3	27.20 \pm 0.6
Jalisco	43	58.20 \pm 0.7	15.61 \pm 0.2	25.53 \pm 0.6
Zacatecas	4	52.25 \pm 4.9	14.25 \pm 0.2	28.56 \pm 1.2
Nvo. León	4	54.25 \pm 1.3	15.59 \pm 0.8	30.22 \pm 0.8
Guanajuato	5	56.41 \pm 2.2	15.62 \pm 0.9	28.45 \pm 1.3
Chihuahua	6	53.82 \pm 1.7	16.01 \pm 0.6	30.13 \pm 1.1
Durango	9	57.66 \pm 1.0	14.88 \pm 0.4	27.44 \pm 0.7
Michoacán	11	56.91 \pm 1.5	16.36 \pm 0.5	26.72 \pm 1.0

*% en 24 hrs.

Al analizar los patrones de consumo la Sede de Guanajuato es la que se apega al ideal recomendado de los principales nutrientes de valor calórico en 24 hrs.

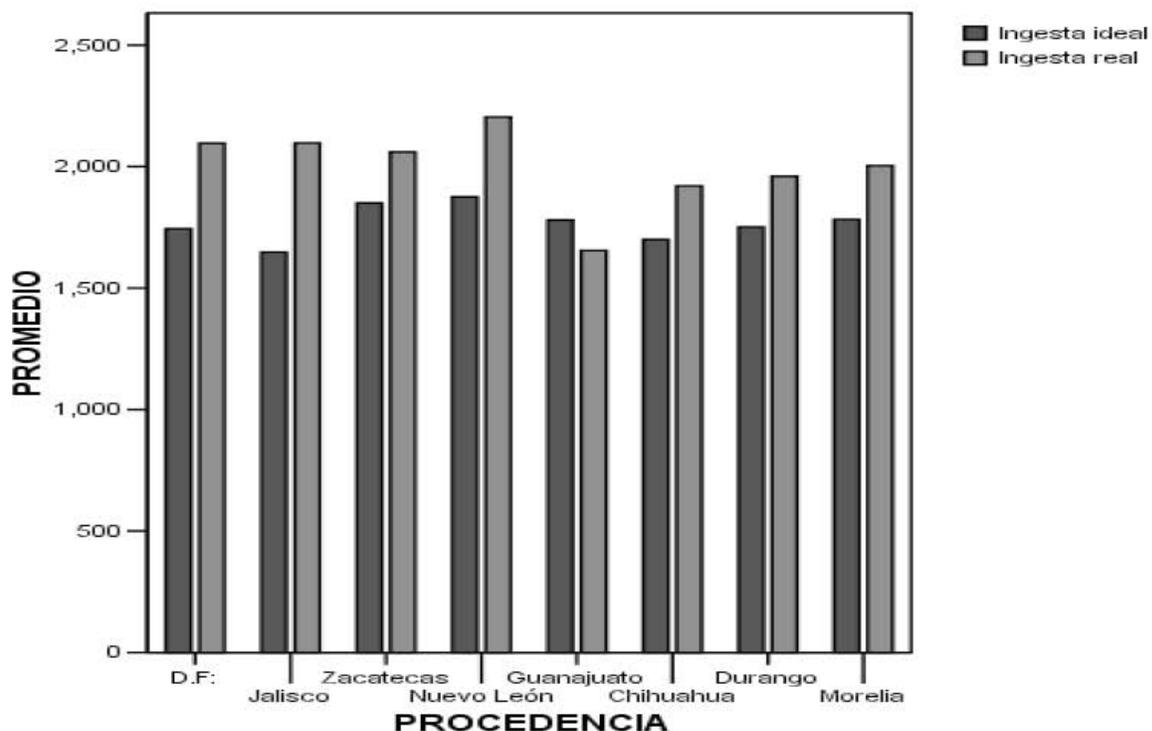


Fig. 1.

La figura 1 permite observar las diferencias de promedios entre la ingesta real e ideal, siendo esta más evidente para el estado de Nuevo León.

Tabla 5 Calificaciones obtenidas en Encuesta de Estilo De Vida.

Calificación	Frecuencia	%	% Acumulado
DESFAVORABLE	5	4.2	4.2
POCO FAVORABLE	80	67.2	71.4
FAVORABLE	34	28.6	100.0
TOTAL	119	100.0	

De acuerdo al instrumento aplicado el estilo de vida predominante resultó como poco favorable en las 119 encuestas aplicadas.

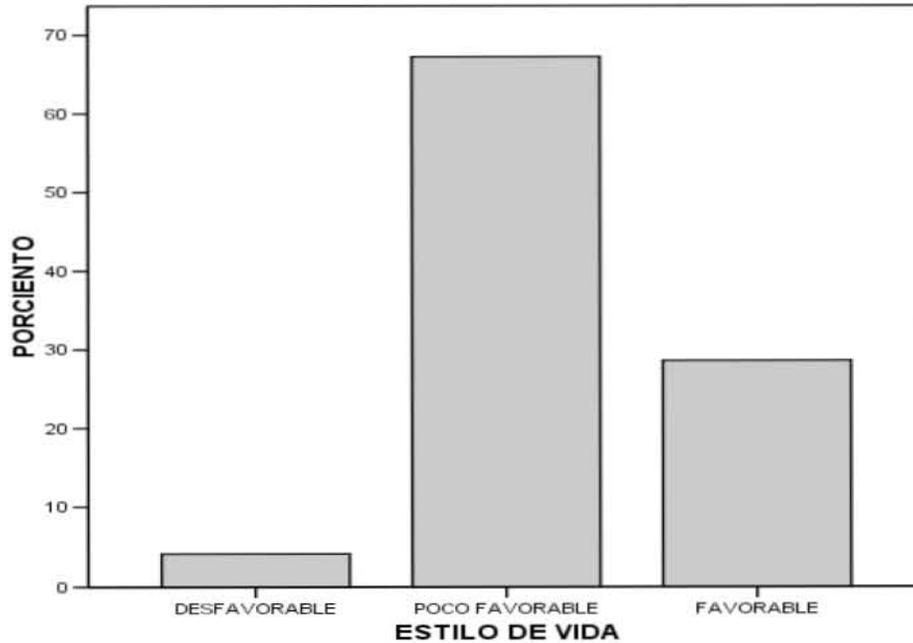


Figura 2.

Al evaluar el EV por sedes se encuentra que el EV Favorable se presentó en 29%, Poco favorable en el 67 % y desfavorable en el 4%.

Tabla 6 Distribución Del Estilo De Vida Por Género

SEXO	ESTILO DE VIDA			TOTAL	
	DESFAVORABLE	POCO FAVORABLE	FAVORABLE		
M	N	2	43	21	66
	%	40.0 %	53.8 %	61.8 %	55.5 %
F	N	3	37	13	53
	%	60.0 %	46.3 %	38.2 %	44.5%

En la tabla 6 al comparar por género puede observarse la diferencia del estilo de vida el EV favorable fue más satisfactorio para el género masculino, a diferencia del femenino quien presentó mayor frecuencia en el EV desfavorable, y casi con igualdad para ambos en el EV poco favorable.

Tabla 7 Anova por Sedes en sus diferentes dominios

DOMINIOS	F	Significancia
Nutrición	1.273	<i>N.S.</i>
A. Física	2.836	*
Tabaco	0.687	<i>N.S.</i>
Alcohol	0.707	<i>N.S.</i>
Información	5.208	*
Emociones	2.055	<i>N.S.</i>
Apego	6.857	*

* $P < 0.05$, Estadísticamente significativa

En el análisis de varianza se observa que los dominios de actividad física, Información, y apego presentaron significancia estadística

Tabla 8 Subconjuntos homogéneos por Sedes.

SEDE	INFORMACION			A. FISICA		APEGO		
CHIHUAHUA	2.33*	--	--	6.00	6.00	8.33	8.33	--
D.F.	--	--	6.32*	8.70	8.70	--	--	12.54*
DURANGO	3.11	3.11	3.11	--	9.95*	--	--	13.11*
GUANAJUATO	4.80	4.80	4.80	5.20*	--	--	11.20	11.20
JALISCO	5.20	5.20	5.20	7.86	7.86	--	--	12.65*
MICHOACAN	--	6.00	6.00	9.09	9.09	--	--	12.54*
NVO. LEON	5.00	5.00	5.00	6.50	6.50	8.00	8.00	--
ZACATECAS	2.50	2.50	--	6.50	6.50	7.00*	--	--

En la tabla 8, puede observarse que para el dominio de información la diferencia se presentó entre las sedes de Chihuahua y Distrito Federal, Para la actividad Física entre Guanajuato y Durango y finalmente para el dominio de apego Zacatecas con las sedes de DF, Jalisco, y Michoacán.

Tabla 9. Comparación de estilo de vida con características de consumo de alimentos

	Desfavorable	Poco Favorable	Favorable
Total	5	80	34
Carbohidratos %	57.8±1.62	52.5±0.61	58.4±0.7
Proteínas %	15.2±0.48	15.7±0.021	15.5±0.31
Lípidos %	27.0±1.84	27.5±0.41	25.6±0.7

Al comparar el estilo de vida con las características de consumo de la población analizada podemos observar que del total de la muestra que se calificó con un estilo de vida desfavorable obtuvieron una ingesta calórica significativamente superior, a expensas de carbohidratos, incluso mayor de la recomendada a la población general.

Discusión:

La población encuestada en el presente estudio es representativa para la población de pacientes portadores de transplante renal, participaron diferentes estados del país con evidentes diferencias no solo sociodemográficas sino también culturales, ya que es sabido las diferencias en el tipo de alimentación de acuerdo a cada región del país, lo que da una mayor fortaleza en los resultados obtenidos en la encuesta.

Se Observó que los estados del Norte de la república evaluados, como Nuevo León, Chihuahua y Durango fueron quienes mostraron mayor diferencia en cuanto al Índice de Masa Corporal, los cuales obtuvieron un IMC superior al recomendado incluso para la población general.

Partiendo de la concepción a cerca de que los estados del Norte tienen un mayor impulso económico, y mejor poder adquisitivo comparados por ejemplo con nuestro estado de Michoacán, el cual es inferior al de los estados mencionados, sumado a que dichos estados tienen una mayor industrialización de la alimentación, quizás debido a la cercanía de un país de primer mundo que basa su alimentación en comidas rápidas rica en grasas saturadas y carbohidratos simples según la literatura revisada . De acuerdo a la ENSANUT 2006 el incremento de la Obesidad en nuestro país es alarmante (17) ya que, sólo 4 de las sedes analizadas presentaron un IMC inferior a 25 Kg./m² recomendado en el paciente postrasplantado, los cuales fueron DF, Jalisco, Zacatecas, Guanajuato y Michoacán, estados del Centro Occidente de México.

Existen estudios en los que han demostrado que un IMC superior a 25 kg/m² incrementa la mortalidad especialmente de causa cardiovascular así como se asocia a una menor supervivencia del injerto (8). Sin embargo esta diferencia en el IMC no es evidente al realizar la comparación por género.

Al analizar los patrones de consumo de alimentos la sede con mayor ingesta fue el estado de Nuevo León, a expensas de un mayor consumo de grasas a diferencia de las demás sedes evaluadas, aunque tal resultado no fue mayor a lo normado (50 de hidratos de carbono, 15 de proteínas y 35 de lípidos). (9)

Los estados con una mayor ingesta de Proteínas fueron los estados de Michoacán y Chihuahua, sin embargo esta no fue superior a los recomendado en el paciente postrasplantado renal, de 0.8 a 1 gr. /kg. Sin embargo se recomienda esta sea menor una vez detectada la afectación en el injerto. (10)

Dentro de los resultados obtenidos en la encuesta el consumo de alcohol y el tabaquismo no fueron estadísticamente significativos en la muestra evaluada, sin embargo su evaluación era de vital importancia debido a que dichos factores son mencionados como factores de riesgo de eventos coronarios, fallo del injerto, e incluso progresión de la enfermedad renal por separado. (4)

Es de resaltar que las calificaciones obtenidas en las 8 sedes evaluadas con la encuesta del Estilo de vida, la significancia estadística fue, solo en los dominios de Actividad Física, Información y apego a tratamiento, donde presentaron diferencias entre las diferentes sedes evaluadas

Sin embargo la limitante del instrumento aplicado para evaluar la actividad física no nos permitió poder evaluar cual de estas sedes se consideró con un mayor sedentarismo, de gran importancia en su conocimiento, para una adecuada intervención a fin de poder prevenir los riesgos cardiovasculares que implica por si misma. Sin embargo de acuerdo a la frecuencia obtenida en el instrumento mayor para el poco favorable se puede deducir que la mayoría tenía una actividad física irregular

Al no existir literatura que nos permita conocer dicho estilo de vida en los pacientes portadores de trasplante renal, se tiene la limitante para poder comparar los resultados obtenidos , sin embargo es interesante que tan solo la tercera parte de la muestra analizada obtuvo un mejor puntaje en el estilo de vida.

Conclusiones:

A pesar de no ser un instrumento específico para evaluar el estilo de vida en el transplantado renal, sí nos permitió conocer cual es el estilo de vida en este grupo de pacientes, los resultados reflejados en este estudio son preocupantes en el sentido de que en este grupo de pacientes quizás después de haber tenido una etapa crítica durante la etapa de IRC con restricciones de la dieta, su vida diaria y adicionando el factor de la mejoría de su estado psicológico, tienden al descuido de las indicaciones del equipo multidisciplinario, que favorece a una mayor ingestión de alimentos al considerarse como personas “ sanas” todo de forma progresiva a medida de que va mejorando su estado de salud.

En los estados del Norte del País se pudo observar tanto los estilos de vida menos favorables, pensamos sea debido a que son de las regiones con un mayor desarrollo económico, pero con una mayor industrialización de los alimentos, que posiblemente los consideren como una alimentación saludable y esta sea la alimentación habitual, esto es de gran relevancia para nuestro estudio ya que no se mencionan estudios que aborden sobre las condiciones nutricionales en el periodo postransplante. El aporte energético excedente observado en las sedes es preocupante, ya que es conocido que de mantener ese mismo incremento sin actividad física, se ha demostrado que genera mayor sobrepeso y aumenta la comorbilidad en este grupo de pacientes.

En cuanto al estilo de vida es evidente que no mejora después del trasplante renal, por lo que sugerimos una mayor vigilancia y educación nutricional oportuna, sin embargo, en la actualidad la mayoría de las intervenciones se enfocan al tratamiento curativo o se tratan de intervenciones individuales, se han desarrollado conceptos más revolucionados en políticas de salud en la población general para implementar estilos de vida más saludables, utilizando herramientas como la medicina preventiva,

implementación de programas institucionales (PREVENIMSS) , hasta aquellos que solo miden el efecto de tales intervenciones en el estilo de vida.

Sin embargo al parecer queda mucha tarea por realizar, es por ello que resulta de gran importancia el estudio presentado , a pesar de sus limitante observadas al no ser un instrumento específico para la población analizada ,nos crea la necesidad de que debemos de contar con un instrumento adecuado que nos permita conocer el estilo de vida en el paciente postrasplante , para medir su efecto y nivel de intervención a seguir, a fin de lograr una mayor sobrevida del paciente postrasplantado y su impacto tanto en lo individual , familiar y económico.

Se propone la creación de un instrumento específico para la evaluación del EV en trasplantados de riñón inicialmente para medir aquellas modificaciones en EV desfavorables para posteriormente al aplicarlo de nueva cuenta medir el impacto de las estrategias implementadas.

Como médicos familiares debemos ser los precursores de estilos de vida saludables para cualquier grupo de pacientes, en los pacientes con transplante renal debemos de entender cada uno de los factores de cambio a fin de que se encaminen a un verdadero cambio en el estilo de vida, ya que en su mayoría tienen una falsa percepción de la normalidad de su estado de salud una vez recibido el injerto, estableciendo programas en el primer nivel de atención que nos involucren verdaderamente a tal desafío de salud para un mayor beneficio en este grupo de pacientes.

ANEXO 1

COORDINACION DE NUTRICION Y DIETETICA EN MICHOACAN

Nombre: _____

Afiliación: _____

Tipo de trasplante: _____

Lugar de Origen: _____

Estatura: _____ Peso Actual: _____ Peso habitual: _____

Favor de anotar las raciones de alimento que consume diariamente en los cuadros correspondientes dentro de la siguiente tabla

	Carne	leche	Fruta	Verdura	Cereales	Leguminosas	Azúcares	Grasas
Desayuno								
Comida								
Cena								
Colación.								

Favor de macar con una X en la opción que corresponda a sus hábitos.

1.- ¿Qué cantidad de agua toma diariamente?

De ½ litro a 1 lt. ___ 2 a 3 lts. ___ más de 3 lts. ___

2.- ¿Cuántas veces come verduras a la semana?

0 a 1 día ___ de 3 ó más ___ Nunca ___

3.- ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?

Ninguna ___ 1 pieza ___ más de 3 piezas ___

4.- ¿Cuántas piezas de pan come al día?

De 2 a 3 ___ de 4 a 6 ___ 1 rebanada ___

5.- ¿Cuántas tortillas come al día?

Ninguna ___ de 2 a 4 piezas ___ más de 7 piezas.

6.- ¿Le agrega azúcar a sus alimentos?

Frecuentemente ____ Algunas veces ____ Nunca ____

7.- ¿Consumes sal en sus alimentos?

Nunca ____ Algunas veces ____ Frecuentemente ____

8.- ¿Qué tipo de grasa utiliza para preparar sus alimentos?

Aceite vegetal ____ Manteca ____ Ambas ____

9.- ¿Cuánto tiempo realiza ejercicio a la semana?

De 15 a 20 min. ____ nunca ____ de 45 a 60 minutos ____

10.- ¿Cuando sale de su trabajo se mantiene ocupado?

Algunas veces ____ Nunca ____ Frecuentemente ____

11.- ¿Su tiempo libre lo dedica a?

Ver televisión ____ Manualidades ____ Trabajos en casa ____

12.- ¿Usted fuma, cuántos cigarrillos al día?

2 a 4 ____ 1 al día ____ nunca ____

13.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

De 1 a 2 copas ____ más de 4 copas ____ nunca ____

14.- ¿Se enoja con facilidad?

Frecuentemente ____ casi nunca ____ algunas veces ____

15.- ¿Ha tenido pensamientos de suicidio?

Nunca ____ algunas veces ____ frecuentemente ____

16.- ¿A cuántas pláticas ha asistido referente a su padecimiento?

De 1 a 2 ____ ninguna ____ más de 3 ____

17.- ¿Ha investigado por su cuenta información sobre su padecimiento?

Algunas veces ____ frecuentemente ____ nunca ____

18.- ¿Ha hecho su mayor esfuerzo por controlar su enfermedad?

Casi nunca ____ Algunas veces ____ Frecuentemente ____

19.- ¿Realiza su dieta como se indicó?

Casi siempre ____ algunas veces ____ Casi nunca ____

20.- ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicamentos?

Algunas veces ____ casi nunca ____ siempre ____

21.- ¿Realiza las indicaciones del grupo multidisciplinario?

Algunas veces_____ casi nunca_____ siempre_____

AGRADECEMOS SU COOPERACION A LA CONTESTACION DE ESTE DOCUMENTO, RECORDANDOLES ENTREGARLOS AL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL O NUTRIOLOGOS QUE SE ENCUENTREN EN EL HOTEL CORRESPONDIENTE.

Bibliografía:

1. - Amato D, Álvarez Aguilar C, Prevalence of Chronic Kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney International* Vol. 68 Sup. 97 2005. pp.: s11-s17.
- 2.-Ortega Montoliu T. Diversos aspectos del análisis de costes en el trasplante renal. *Nefrología* Vol. 25 Año 2005. pp. 213 – 216.
- 3.- Documento de consenso. Prevención del riesgo cardiovascular en el trasplante renal. *Nefrología* Vol. XXII Supl. 4 2002 pp. 35 -56.
- 4.- López-Carmona J. Construcción y validación de inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitas tipo 2. *Salud pública de México* Vol. 45 no. 4 Año 2003 pp. 259-268.
5. Documento de consenso. Otros factores de riesgo cardiovascular y renal. Hipertrofia del ventrículo Izquierdo, fibrilación auricular, tabaquismo, obesidad, Factores emergentes de riesgo cardiovascular: Homocisteína, Proteína C Reactiva, Fibrinógeno. *Nefrología* Vol. 24 Supl. 6 Año 2004. Pp.62-72.
- 6.- Campistol J.M. Riesgo Cardiovascular en el paciente trasplantado renal. *Nefrología* Vol. 22 Supl Año 2002. Pp.: 75 – 79.
- 7.- Lou M, Campos B. Principales déficits del consumo alimentario a los pacientes con hemodiálisis: aproximación a un modelo de alimentación saludable basado en la dieta mediterránea. *Nefrología* Vol. 7 N 1. Año 2007. pp. 38 – 45.
- 8.- Rengel M. Obesidad e hipertensión en pacientes con trasplante renal. *Nefrología* Vol. 22 Supl 2 Año 2002. pp. 30.
- 9.- Jiménez L.A, Franco A. Evolución de la función renal en el trasplante renal. Factores predictivos del deterioro funcional. *Nefrología* Vol. 21 N3. 2001. pp. 295- 304.

10.- Ritz E. Schwegner V. Lifestyle Modification and progressive renal failure. Nephrology, Vol. 10 N 4 Año 2002 pp. 387 – 392.

11.- Vupputuri S. Lifestyle risk Factors and chronic Kidney Disease. Ann Epidemiol Vol 13 N 10 Pp: 712- 720.

12.- Stengel B, Tarver- Carr ME, Lifestyle Factors , Obesity and the risk of chronic disease. Epidemiology Vol 14 N 4 año 2003 Pp: 479 – 487.

13.- .-Flores Meneses. Importancia del tabaco en el desarrollo del daño vascular en la Diabetes Mellitus. Hipertensión Vol. 18 N 7 2001: pp. 320- 326.

14.- Mezzano A, Aros Claudio. Enfermedad renal crónica: Clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Revista Medica de Chile V 133 Año 2005, pp. 338- 348.

15.- .-National Kidney Foundation Practice Guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. American College of Physicians. Ann Intern Med vol 139 Año 2003. Pp 137- 147.

16.- *NKF. K/DOQI* Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 2002, 39 (suppl 1):S1.

17.- Encuesta nacional de salud 2006. Secretaria de salud. México.

18.- Ramírez Hoffman H. Medicina del ejercicio. Colombia Medica Vol. 28 Año 1997 pp56-62.

19.- Raij L. Manejo actual de la nefropatía en la diabetes. Boletín del consejo Argentino de H.T.A. 2005. pp. 1- 3.

20.- Gutiérrez c, Rodríguez P, Duarte K. Nefropatía Diabética asignatura pendiente. Nefrología. Vol. 27 N 1 2007: pp. 89- 90.

21.- Nephropathy in diabetes. Art de Rev. the American Diabetes Association año. 2004.

22.- PROGRAF, La vida después del trasplante: Un manual para los pacientes con trasplante de riñón. 2006.

23.- Rodríguez. R. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de Vida en Diabéticos. Rev Med Imss 2003; 41(3): 211-220.

24.- McKay J.B Paradigmatic obstacles to improving the health of population- Implications for healthy policy. Salud Pública de México. 1998; 40(4): 369-379.