



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES
CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No.
4”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
NORA ARACELI GUZMÁN CELAYOS**

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS Y/O
ASESOR(ES) PRINCIPAL(ES)**

**KARINA CABRERA ARCOS
Jefe de Servicio de Medicina Familiar
JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
División de Formación de Recursos Humanos para la Salud,
Coordinación de Educación en Salud, CMN SXXI.
PALOMA GABRIELA MARTÍNEZ VALLE
UMF N°4 “Niños Héroes” Instituto Mexicano del Seguro Social**

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, CD. MX. 2023



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OASIS DE SUR
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
“NIÑOS HÉROES”
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES
ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA
U.M.F. No. 4”**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2022-3609-005

**TESIS
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

Nora Araceli Guzmán Celayos

Matrícula: 97379624

Adscripción: UMF N°4 “Niños Héroes”, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Área de trabajo: Consulta Externa

Tel: 55 86 79 63 73 Fax: sin fax. Correo electrónico: dranoraguzman18@gmail.com

Karina Cabrera Arcos

Matrícula: 98382841

Adscripción: UMF N°4 “Niños Héroes”, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Área de trabajo: Jefe de Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N°4.

Tel: 55 55 78 40 11 Fax: sin fax.

Correo electrónico: dad.karina.cabreraa@gmail.com

Jorge Alejandro Alcalá Molina

Matrícula: 98381023

Adscripción: División de Formación de Recursos Humanos para la Salud, Coordinación de Educación en Salud, CMN SXXI. Av. Cuauhtémoc No. 330, Sótano, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720

Área de trabajo: Coordinador de Programas Médicos de Posgrado

Teléfono: (55) 56 27 69 00 Ext. 21195 Fax: sin fax

Correo electrónico: alcalamedfam@gmail.com

Paloma Gabriela Martínez Valle

Matrícula: 11472189

Adscripción: UMF N°4 “Niños Héroes” Instituto Mexicano del Seguro Social.

Área de trabajo: Planificación Familiar, Unidad de Medicina Familiar N°4.

Tel: 55 79 04 85 83 Fax: sin fax. Correo electrónico: paloma102@hotmail.com

CIUDAD DE MÉXICO 2022



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD DF SUR
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
"NIÑOS HÉROES"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

"PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES
ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F.
No. 4"
TESIS

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

NÚMERO DE REGISTRO: R-2022-3609-005

PRESENTA:
DRA. NORA ARACELI GUZMÁN CELAYOS

AUTORIZACIONES

DR EDUARDO ABASOLO RAMÍREZ
DIRECTOR

DRA MARÍA GUADALUPE SUÁREZ CRUZ
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD (CCEIS)

DRA KARINA CABRERA ARCOS
ASESORA

DR JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
ASESOR

DRA PALOMA GABRIELA MARTÍNEZ VALLE
ASESORA

DRA DULCÉ KRISTEL SARMIENTO GALVAN
PROFESORA TITULAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3609,
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS 13 CI 09 014 189
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061

FECHA Martes, 01 de marzo de 2022

Dr. KARINA CABRERA ARCOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional
R-2022-3609-005

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Arturo Hernandez paniagua
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

	N° de Pág.
Resumen.....	5
1. Planteamiento del problema	6
1.1 Pregunta de investigación.....	6
2. Justificación.....	7
3. Marco teórico	9
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo general.....	21
4.2 Objetivos específicos.....	21
5. Hipótesis.....	22
6. Material y métodos.....	22
6.1 Diseño de estudio	22
6.2 Universo de trabajo.....	22
6.3 Criterios de selección.....	23
6.4 Tamaño de la muestra.....	24
6.5 Definición conceptual y operacional de las variables.....	25
6.6 Variables sociodemográficas.....	26
6.7 Error de medición.....	27
6.8 Análisis estadístico.....	28
7. Aspectos éticos	29
7.1 Consentimiento informado.....	31
8. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	32
8.1 Conflicto de intereses.....	32
9. Resultados.....	33
10. Discusión.....	48
11. Conclusiones.....	50
12. Cronograma de actividades.....	51
13. Bibliografía.....	52
Anexo 1 Consentimiento informado.....	56
Anexo 2 Cuestionario de Apoyo Social MOS.....	58
Anexo 3 Tabla de filtrado glomerular y albuminuria KDIGO.....	60

RESUMEN

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4”

Nora Araceli Guzmán Celayos, Karina Cabrera Arcos, Jorge Alejandro Alcalá Molina, Paloma Gabriela Martínez Valle

Antecedentes: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de Salud Pública, alrededor de 6.2 millones de mexicanos tienen ERC, con una prevalencia del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes, pacientes que la padecen se enfrentan a adversidades, esta complejidad aumenta con el tiempo y está directamente asociada a las fases de la enfermedad y sus procesos terapéuticos; los pacientes se ven obligados a realizar cambios individuales, laborales, familiares y sociales, por esta situación el apoyo familiar es imprescindible para sobrellevar este proceso.

Objetivo general: Identificar la percepción de apoyo social en pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4 en el periodo comprendido del 01 de marzo a 31 de agosto de 2022

Material y métodos: Se realizará estudio en pacientes de la UMF No. 4 del OOAD DF Sur del IMSS con diagnóstico de ERC en sus diferentes estadios, en un rango de edad de 25 a 65 años, ambos sexos, durante los meses de marzo – agosto de 2022, se realizará encuesta de Apoyo Social de MOS.

Diseño del estudio: observacional, descriptivo, transversal

Recursos: En la UMF No. 4 contamos con pacientes con diagnóstico de ERC

Experiencia de Grupo: Investigador responsable con 5 años de revisión de tesis de posgrado, colaboradores con 5 años de revisor de tesis de licenciatura y posgrado.

Tiempo para desarrollarse: 01 de marzo a 31 de agosto de 2022

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Apoyo Social, Escala de MOS.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la Enfermedad Renal Crónica ha representado un problema en la población a nivel mundial, nacional, regional y local, enfrentando a las Instituciones de salud, en específico al Instituto Mexicano del Seguro Social a una contención con múltiples estrategias biopsicosociales en el progreso de la enfermedad y a la demanda de atención integral ante el aumento en el número de pacientes con este padecimiento, resultando la vulnerabilidad en el acceso efectivo a los servicios de salud que enfrentan los pacientes y sus familiares al no contar con el recurso de poder atenderse oportunamente lo cual puede representar incluso situaciones legales al IMSS en fundamento del Art. 4 Constitucional y 51 de la Ley General de Salud.

Como se ha documentado, este padecimiento ha contribuido en un derrame económico relevante dentro del sistema de salud, lo anterior debido al comportamiento que se ha dado en los últimos años de la Enfermedad Renal Crónica, por lo que, con el presente trabajo de investigación se pretende hacer saber del apoyo social con el que cuentan estos pacientes, así como las medidas de prevención primaria para así poder recibir un tratamiento eficaz y oportuno con enfoque en los modelos de atención en medicina familiar; estableciendo las medidas que nos apoyen en el fortalecimiento de estas redes de apoyo social, las cuales permitan a este tipo de pacientes contar con una mejor afección al manejo terapéutico, proporcionando como beneficios: el descenso a acudir a valoraciones múltiples por falta de integralidad, en la estancia y complicaciones hospitalarias las cuales podrían resultar en una disminución en el derrame económico que esta patología desencadena día a día en el servicio o falta de atención primaria en salud.

1.1 Pregunta de investigación

Por lo cual, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de apoyo social en pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4, en el periodo de 01 de marzo al 31 de agosto de 2022?

2.JUSTIFICACIÓN

Se realiza el presente estudio de investigación para conocer la percepción de apoyo social de los pacientes con diagnóstico de ERC de la UMF 4 ya que, en estos pacientes, conforme avanza el estadio de su enfermedad requieren de hospitalización, perdiendo la capacidad de laborar adecuadamente, disminuyendo su esperanza de vida, demandando tratamiento sustitutivo renal, esto conlleva a incapacidad, dolor, depresión y cuantiosas inversiones para la adecuación del paciente en su hogar, teniendo un importante impacto socioeconómico.

En la UMF 4 aún no contamos con ningún registro de percepción de apoyo social en pacientes con ERC por estadios. Existe una intervención tardía en etapas tempranas, en donde los pacientes siguen con su día a día sin saber que progresan con un daño sistémico, sin la posibilidad de recibir atención médica oportuna y con la alta posibilidad de todo tipo de complicaciones catastróficas que los llegan a dejar incapacitados de forma permanente o incluso pueden llegar a fallecer a muy temprana edad.

El hallazgo de la Enfermedad Renal Crónica, a todo lo largo de sus estadios, con seguridad será de gran ayuda y menos severo el daño si se dimensiona con precisión y se diseña una estrategia focalizada en hacerle frente a tiempo a este gran problema.

Con la ayuda de la detección temprana se podría intervenir a nivel de apoyo social para contrarrestar en medida de lo posible el rápido y descontrolado avance de esta enfermedad identificando redes de apoyo oportunas.

En ocasiones llevar a cabo el seguimiento correcto del tratamiento indicado depende de la capacidad de cada una de las familias para realizar los cuidados en casa, así como la adecuada administración en dosis y horarios de medicamentos y la asistencia a sus citas para control médico.

Los pacientes al no contar con dicho apoyo familiar muy difícilmente llevarán un adecuado control de sus enfermedades, es tarea del médico familiar valorar el entorno social y familiar para que esto se pueda llevar a cabo.

Por lo tanto, es de mi completo interés la realización de este estudio para llevar a cabo una evaluación de la presencia o no de la percepción de apoyo social para el fortalecimiento de futuras estrategias de redes de apoyo institucionales y con ello coadyuvar en el control de pacientes con Enfermedad Renal Crónica pertenecientes a la UMF N°4 “Niños Héroe” en el año 2022, así como, que los resultados de este estudio nos ayuden a la toma de decisiones futuras, no solo administrativas, sino también bajo el modelo biopsicosocial y enfoque dentro de los 4 pilares de la Medicina Familiar.

3.MARCO TEÓRICO

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica: “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal, expresada por una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) $<60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses. ⁽¹⁾

Ahora bien, para Goicochea nefróloga de la Sociedad Española de Nefrología, señala que según sucesivos informes de United States Renal Data System (USRDS) han documentado un aumento de la incidencia y prevalencia de ERC en Estados Unidos, frontera norte de nuestro país; en las últimas 2 décadas la incidencia actual se sitúa en los varones de 404 casos por millón de la población y en las mujeres en 280 casos por millón de la población. Se estima que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente, estimándose una prevalencia actual del 11%. ⁽²⁾

Algunos países latinoamericanos comparten sus datos con el USRDS, y en la comparación internacional del reporte de 2018 de este registro muestran una gran variabilidad en sus tasas de incidencia de pacientes en terapia de reemplazo renal (TRR), que van desde las más altas como en el caso de México (debe aclararse que México no tiene un registro nacional de diálisis y, en su lugar, el Registro Estatal de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco aporta sus datos). En un análisis más completo con los datos del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante (RLADT), en funcionamiento desde 1991, se puede observar que, en el reporte más reciente de 2016, la incidencia promedio en Latinoamérica es de 162 pacientes por millón de población (ppmp), en Jalisco, México (411 ppmp).

Desde otro punto de vista y comparando los países latinoamericanos con el resto del mundo, de acuerdo con los datos del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante, también se observa una gran variabilidad en términos de prevalencia,

con países con tasas de las más elevadas (México y Chile). En el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante, la prevalencia promedio en la zona fue de 778 ppmp en 2016, México (1,558 ppmp) entre los países con mayores tasas, asimismo, el crecimiento observado de la prevalencia también ha sido constante por más de 30 años, con un crecimiento anual aproximado del 10%.⁽³⁾

Amato, nefrólogo investigador de la FESI-UNAM, realizó un estudio de base poblacional, transversal, en población urbana de la ciudad de Morelia. Tomando como una muestra proporcional de tres centros de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que incluyó 3 564 sujetos, con la finalidad de conocer la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica, que se clasificó en cinco estadios según las guías KDIGO. Para calcular la TFG, se utilizó la fórmula de Cockcroft-Gault. Por otro lado, 29%, 1 034 sujetos (289 181 pmp), tenía TFG de 60 a 89 ml/ min/1.73 m² SC. En 8.7% de los sujetos con TFG \geq 60 ml/min/1.73m² se encontró proteinuria detectable por tira reactiva.⁽⁴⁾

De acuerdo con la incidencia mundial de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) de 242 casos por millón de habitantes, el 16% es tratado con Diálisis Peritoneal ⁽⁵⁾

La prevalencia de factores de riesgo “clásicos” (hipertensión, dislipemia, tabaquismo, diabetes, etc.) y de enfermedad cardiovascular es elevada en los pacientes renales y podría explicar en parte el exceso de morbimortalidad que presentan. ⁽⁶⁾

María Carlota González-Bedat de la Coordinación del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal-SLANH en su artículo del 2016 señala que la prevalencia de ERC en Tratamiento de Reemplazo Renal (TRR) aumentó de 119 pacientes por millón de población (pmpp) en 1991 a 669 pmp en 2013. En donde el estado de Jalisco (México) tiene una prevalencia de 663 pmp.

Se evidencia un aumento de la prevalencia en todas las modalidades de TRR, siendo en Hemodiálisis (HD) 442 pmp, en diálisis peritoneal 67 pmp y con trasplante

renal funcionando 159 pmp. La DP muestra también una prevalencia considerable en Jalisco, México; sin embargo, la proporción de pacientes en DP en dicho estado ha disminuido considerablemente en los últimos años, dejando de ser la modalidad más frecuente (44,8%).

En resumen, podemos señalar que la prevalencia y la incidencia de TRR continúan en aumento. A pesar de que el trasplante renal es una modalidad factible, disponible y cada vez más utilizada para el TRR en todos los países de América Latina, su tasa de crecimiento todavía no es tan rápida como debería ser con el fin de compensar el aumento de la prevalencia de pacientes en lista de espera. ⁽⁷⁾

De acuerdo con estudios realizados en el Centro Médico Nacional “La Raza” se observó que existen 404 casos de Enfermedad Renal Crónica por cada millón de personas mayores de 15 años que se encuentran una en diálisis peritoneal. Sin embargo, la sobrevida en pacientes diabéticos es de 44% a los 12 meses, 14.5% a los 24 meses, y 5.4% a los 36 meses; en los pacientes no diabéticos 77.5% a los 12 meses, 62% a los 24 meses y 35.5% a los 36 meses.⁽⁸⁾

Teniendo en cuenta lo que dice Gutiérrez Rodríguez quien se encuentra en Atención Primaria de Salud en estudios de la población general, se sugiere que una filtración glomerular levemente reducida (60- 89ml./min.) se asocia con riesgo aumentado para Enfermedad Cardiovascular (ECV) podemos señalar que la Enfermedad Renal Crónica afecta a un porcentaje significativo de la población, es decir que las causas principales son aquellas que residen en trastornos de alta prevalencia como la Diabetes Mellitus, la HTA y el envejecimiento.⁽⁹⁾

En 2017, se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes en México. Además, la ERC en México está teniendo un gran impacto en las finanzas de las instituciones y en la economía de las familias; en 2014, el gasto en salud anual medio por persona para esta patología se estimó en 8,966 dólares estadounidenses (USD) en la Secretaría de Salud, y de 9,091 USD en el Instituto Mexicano del Seguro Social.⁽¹⁰⁾

Actualmente según la tabla de consignas específicas propuesta en el 2022 para el ejercicio 2023 que se publica en el Diario Oficial de la Federación para la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social: consulta de medicina familiar \$1088, consulta especialidades segundo nivel \$1692, consulta especialidades tercer nivel \$2670, atención de urgencias primer nivel \$947, atención de urgencias segundo nivel \$2082, atención de urgencias tercer nivel \$4100, día paciente en hospitalización segundo y tercer nivel \$11,919, curaciones \$358, sesión de hemodiálisis \$3925, sesión de diálisis \$157. (11)

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos 15 años, México aún no cuenta con un registro nacional de pacientes con ERC, incluidos los que reciben terapia sustitutiva con diálisis y que han recibido y sobreviven a un trasplante. El costo del tratamiento de estos pacientes con ERC es desproporcionadamente alto y de tendencia creciente. En ausencia de información objetiva y confiable, es imposible mejorar los resultados clínicos de la terapia renal sustitutiva y medir la eficacia de las intervenciones que reduzcan la prevalencia de la ERC. Es por ello por lo que consideramos impostergable la creación del registro.

La Fundación Mexicana del Riñón precisa que en México hay actualmente 8.3 millones de personas con Enfermedad Renal Leve, 102 mil personas con ERC y 37 mil 642 con tratamiento continuo de diálisis. Se estima, además, que 55 mil pacientes reciben tratamiento renal sustitutivo con diálisis y que al menos la misma cifra no tiene acceso a este tipo de tratamiento.⁽¹²⁾

Para Dirks los principales factores de riesgo de ERC son los problemas cardiovasculares, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial dado que, en los últimos años, ante el aumento de estas enfermedades, así como la obesidad y dislipidemia, particularmente en los países en desarrollo, se ha observado un aumento en forma alarmante la prevalencia de la ERC. Siendo la Diabetes Mellitus tipo 2 una de las primeras causas de Enfermedad Renal en el mundo. El 20% de los pacientes diabéticos y el 14% de los hipertensos tienen un FG menor de 60ml/min/1.73m².⁽¹³⁾

Defunciones por insuficiencia renal. Esta causa de muerte comienza a aparecer entre las 10 principales en el grupo de personas que fallecen a partir de los 45 años. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) En 2021, se registraron 14 143 decesos por insuficiencia renal. Del total de las muertes por enfermedades de insuficiencia renal, las que se debieron a insuficiencia renal crónica representaron 71.8 %, con 10 161 sucesos. ⁽¹⁴⁾

Recientemente, la National Kidney Foundation estadounidense ha propuesto a través de las guías de práctica clínica KDOQI una definición y una clasificación de la ERC con los objetivos, entre otros, de aunar criterios y facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa original.

A continuación, se exponen los estadios de la ERC:

Riesgo aumentado de ERC \geq 60 con factores de riesgo*	
Estadio 1.	Con daño renal† y FG normal >90 ml/min/1.73m ²
Estadio 2.	Daño renal† con FG ligeramente disminuido 60-89 ml/min/1.73m ² .
Estadio 3.	FG moderadamente disminuido 30-59 ml/min/1.73m ² .
Estadio 4.	FG gravemente disminuido 15-29 ml/min/1.73m ² .
Estadio 5.	Fallo renal <15 ml/min/1.73m ² o diálisis.

*Factores de riesgo de ERC: edad avanzada, historia familiar de ERC, hipertensión arterial, diabetes, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, razas afroamericanas y otras minoritarias en Estados Unidos y bajo nivel educativo o social.

†Daño renal: alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina > 30 mg/g, aunque se han propuesto cortes sexo-específicos en > 17 mg/g en varones y 25

mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen. ⁽¹⁵⁾

La manifestación más grave de la ERC es el estadio 5 según la clasificación del KDOQI, y subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis peritoneal o trasplante renal.

Estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tengan un impacto en la salud, mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo. ⁽¹⁶⁾

Para mantener la vida del paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), se requiere de tratamientos de sustitución renal, tales como diálisis peritoneal (DP), Hemodiálisis (HD) y trasplante renal. ⁽¹⁶⁾

La diálisis peritoneal se realiza en una media de 3 a 5 intercambios al día dependiendo de las necesidades del paciente. Es de resaltar, que la presente intervención se debe realizar en un medio adaptado de la residencia del paciente en el cual es muy importante la higiene y los cuidados de asepsia y antisepsia. ⁽¹⁶⁾

El tratamiento de hemodiálisis (HD) es un proceso lento que se realiza conectando el enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana, Guyton & Hall señala que el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos. El trasplante renal (TR) es sin duda la terapia de elección para estos pacientes. Acorde a la información del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), 12.741 pacientes se encuentran en lista de espera para TR, de los cuales se estima que el 30% están sensibilizados. ⁽¹⁸⁾

En México, la ley prohíbe la extracción de órganos en establecimientos que no cuenten con la licencia sanitaria. De acuerdo con el artículo 333 de la Ley General de Salud, para realizar un trasplante de donador vivo deben cumplirse ciertos

requisitos por parte del donante y protocolos establecidos por las instancias normativas, bajo el deseo genuino de donar. Actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza el mayor número de trasplantes en el país, en particular, el Centro Médico Nacional de Occidente, con más de 3,500 sujetos trasplantados en una década y resultados satisfactorios. ⁽¹⁹⁾

Asimismo, podemos señalar que la red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y en la búsqueda de atención médica del paciente, haciendo imprescindible la cooperación de familiares. Por lo tanto, el entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes como enfermedades crónicas y sus complicaciones coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar. Dado que los pacientes con ERC se han documentado durante el período previo al trasplante, o bien antes de ser sometidos a tratamientos con hemodiálisis, así como la asociación de factores psicosociales y evaluación de la calidad de vida. ⁽²⁰⁾

Derivado de lo anterior se puede considerar a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, estos procesos de red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia. Bowling define a la red social, como un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social. El apoyo social tiene 2 componentes claramente diferenciados, por un lado, los cuantitativos o estructurales, entendidos como cantidad de apoyo que efectivamente se recibe y, por otro lado, los cualitativos o funcionales, es decir, la percepción de la calidad de apoyo que efectivamente se recibe y la sensación de tener apoyo cuando se precisa. Estos últimos parecen ser los que influyen más decisivamente sobre el estado de salud, no tanto el hecho de disponer de ellos. En ambos componentes pueden diferenciarse a su vez varias categorías. ⁽²¹⁾

Los pacientes que padecen adversidades de ERC enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están

directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. ⁽²⁾ El paciente con ERC está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación familiar es imprescindible. ⁽²¹⁾

El apoyo social es el soporte de los recursos constituidos por la red social de cada individuo y de cada familia y su contenido, compuesto por los recursos que aporta esta red, que generalmente se denomina apoyo social. ⁽²¹⁾

Existen varios instrumentos para evaluar la red y el apoyo social, entre ellos, el Cuestionario MOS, la Escala de DUKE-UNC, Cuestionario de Apoyo Social para la Familia, Escala AFA-R por mencionar algunos, en este estudio la percepción de apoyo social se evaluará utilizando el Cuestionario de MOS, ya que éste abarca las 2 modalidades de red social, tanto informal como formal.

El cuestionario de MOS de apoyo social es un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que fue desarrollado por Sherbourne y Cols. en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study (MOS)*, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar el cual sirve para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades y fue traducido al español en el año 2000.

Este instrumento se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informativa (posibilidad de asesoramiento, consejo, información), además de ofrecer un índice global de apoyo social. ⁽²¹⁾

Consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales de los apoyos sociales y no solamente funcionales, y de incluir una

primera pregunta para informar sobre el tamaño de la red social. Nosotros agregaremos una pregunta más en el ítem número uno, donde se le pedirá al paciente que persona(s) exclusivamente es la que más lo apoya en cuanto a la asistencia de su enfermedad.

Sus ítems constituyen cuatro subescalas que miden:

- El apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, y 19).
- El apoyo instrumental o ayuda material (2, 3, 12 y 15).
- La interacción social positiva, o interacciones sociales de ocio y distracción (7, 11, 14 y 18).
- El apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño (6, 10 y 20). ⁽²¹⁾

Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros, ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares. Es importante diferenciar entre red social y apoyo social, Bellón se refiere a la primera con parámetros cuantitativos o estructurales, es decir que califican dos dimensiones de la red social: su composición, que, atendiendo a la relación de amistad o parentesco, puede ser de tres tipos: familiar, extrafamiliar o mixta, y su tamaño, que hace referencia al número de personas que componen la red social; en tanto que el apoyo social lo considera a través de parámetros cualitativos inherentes a las necesidades básicas de las familias. ⁽²²⁾

La influencia del soporte familiar y comunitario también ha sido objeto de estudio en el caso de pacientes crónicos con diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatías y trastornos de las vías biliares. ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾ Por consiguiente, podemos inferir ya que no existen estudios para ERC que, a mayor red social, el individuo mantiene mayores posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima, incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de consultas oportunas al médico. ⁽²⁵⁾

De acuerdo con las interrelaciones en una red social podemos señalar que estas pueden ser informales o formales, lo anterior con respecto a su origen e intercambios básicos que les son propios.

Existen 2 tipos de redes sociales los cuales son:

- Informales: estas redes surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, lealtad, confianza, y solidaridad, toda vez que la familia es la unidad en que se generan de manera cotidiana los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos existentes entre las amistades y vecinos. Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas.
- Formales: son establecidas con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales. ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾

Dentro de la estructura de las redes sociales formales e informales, estas suelen establecerse a partir de su tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos:

1. Redes familiares (informal)
2. Redes extrafamiliares (informal)
3. Redes institucionales (formal)
4. Redes o cadenas socio-epidemiológicas (mixta) ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan las redes familiares pueden ser intrafamiliares y extrafamiliares.

Alguna de las características de las redes intrafamiliares es recibir apoyos diversos y contar con una división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar sin la intervención de personas ajenas a él. ⁽³⁰⁾

Surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias. ⁽³¹⁾

Las redes extrafamiliares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad; como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda. ⁽²¹⁾

Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, en especial los progenitores, para el desarrollo favorable de cualquier individuo. En la dinámica familiar influye determinantemente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Existiendo frecuentemente dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. ⁽³²⁾; por lo que los trastornos en la dinámica familiar pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. ⁽³³⁾ La red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y la búsqueda de atención médica, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares.

El entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influyen en el núcleo familiar. La asistencia a cuidados del paciente con ERC depende de forma significativa de las dimensiones facilitadoras de la función familiar. ⁽³⁴⁾

La red familiar influye de manera significativa en la asistencia que recibe el paciente. Algunos sociólogos han demostrado un gran interés en los efectos de las relaciones sociales o familiares en la salud y bienestar, que explican la función de protección de integración social como parte del concepto de apoyo familiar y social, que es benéfico en situaciones de crisis. ⁽³⁵⁾

Con el desarrollo de análisis de las redes sociales, se pretende hacer énfasis en las características del individuo, en sus relaciones interpersonales, y por otra parte el

contexto familiar o social que puede facilitar, modificar o incluso impedir, que la red de apoyo familiar se otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, trastorno o conflicto, ante la condición crítica que se encuentra.

La contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con enfermedad crónica como es la enfermedad renal puede identificar patrones de funcionalidad entre los integrantes de la familia y su influencia en la red de apoyo familiar que depende fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad de la comunicación. ⁽³⁴⁾

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos ya que se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. Se le identifica en el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante de la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no sólo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro de su bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base. ⁽³⁵⁾

En el estudio “Factores psicosociales en pacientes en diálisis” del departamento de medicina del Centro Médico de la Universidad George Washington, donde se evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemo dialítico, se señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis. ⁽³⁶⁾

4.OBJETIVOS:

4.1 Objetivo general:

Identificar la percepción de apoyo social en pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4 en el periodo comprendido del 01 de marzo al 31 de agosto de 2022

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar el rango de edad más frecuentemente afectado en relación con el apoyo social según la escala de MOS
- Determinar el sexo predominante en cada resultado de la escala de MOS
- Señalar el tipo de actividad laboral asociada al resultado de la escala de MOS
- Detectar si influye el estado civil de los pacientes en relación con el apoyo social percibido.
- Descubrir si influye la escolaridad de los pacientes en su percepción de apoyo social.

5.HIPÓTESIS:

Se encontrarán diferencias en el apoyo social en pacientes con distintos estadios de ERC según la clasificación de KDOQI en la U.M.F No. 4

6.MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizará un estudio en pacientes con diagnóstico de ERC en sus diferentes estadios para determinar la percepción del apoyo social que perciben, se acudirá al servicio de Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) para identificar a los pacientes que se encuentran con este diagnóstico, posteriormente de les abordará en la consulta externa en donde se les invitará a participar en este estudio mediante un consentimiento informado, y se les pedirá que auto llenado del Cuestionario de MOS de Apoyo Social para clasificar el apoyo social con el que cuentan, una vez obtenidos los datos se concentrarán en una base de datos para el análisis estadístico utilizando el programa analítico llamado SPSS (del inglés Statistical Package for Social Sciences).

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Por su intervención: observacional

Por su análisis: descriptivo

Por su temporalidad: transversal

6.2 Universo de trabajo

Este estudio se realizará en derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°4 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur del Instituto Mexicano del Seguro Social que se identifican por ARIMAC con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en sus diferentes estadios en un rango de edad de 25 a 65 años, en ambos sexos, en la etapa comprendida durante los meses de marzo a agosto del año 2022.

6.3 Criterios de selección

Inclusión:

- Sexo masculino o femenino con diagnóstico de ERC
- Que tengan de 25 a 65 años
- Que sean residentes de la Ciudad de México
- Que estén adscritos a la U.M.F. No. 4
- Que hayan aceptado participar en el estudio

Exclusión:

- Pacientes que sí cumplieron con los criterios de inclusión, sin embargo, no firmaron consentimiento informado
- Pacientes que manifestaron algún tipo de discapacidad la cual limita la participación en este estudio (enfermedades psiquiátricas o discapacidad física que les imposibilite contestar el cuestionario).

Eliminación:

- Pacientes que fallecieron durante el tiempo en que se llevó a cabo el estudio.
- Pacientes que cambiaron de adscripción de Unidad.

6.4 Tamaño de muestra

Fórmula para muestras finitas

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza del 95%

$$n = \frac{K^2 p q N}{E^2(N - 1) + K^2 p q}$$

n = sujetos necesarios

K = Nivel de confianza

p = Prevalencia de la enfermedad

q = Proporción de individuos que no poseen una característica específica (1-p)

N = Población

E = Margen de error (5%)

$$n = \frac{(95)^2 (.1) (.9) (700)}{(5)^2 (699) + (95)^2 (.9) (.1)}$$

$$n = \frac{(9025) (63)}{(25) (699) + (9025) (0.09)}$$

$$n = \frac{568,575}{17475 + 812.25}$$

$$n = \frac{568,575}{18287.25}$$

$$n = 103$$

Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. Febrero de 2020;395(10225):709-33.

6.5 Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	Cualitativa ordinal	La Enfermedad Renal Crónica se define como el daño renal mayor a tres meses, confirmado por biopsia o marcadores de daño renal (microalbuminuria, gelatinasa neutrófila (NGAL), lipocalina etc.).	Disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) o TFG menor de 60mL/min/1.73m ² por más de 3 meses, con o sin daño renal.	<p>Estadio KDOQI en el que se encuentra el paciente al momento de contestar el cuestionario.</p> <p>Estadio 1. Con daño renal[†] y FG normal</p> <p>Estadio 2. Daño renal[†] con FG ligeramente disminuido</p> <p>Estadio 3. FG moderadamente disminuido</p> <p>Estadio 4. FG gravemente disminuido.</p> <p>Estadio 5. Fallo renal o diálisis.</p>
APOYO SOCIAL	Cuantitativa discontinua	Es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales.	Resultado de aplicación de Cuestionario MOS para la identificación de redes de apoyo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo 2. Sin apoyo

6.6 Variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
SEXO	Cualitativa nominal	Desciende del latín: cortar, dividir. Originalmente se refiere solo a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre	Persona dentro del estudio, mujer u hombre considerado fenotípicamente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
EDAD	Cuantitativa discontinua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años cumplidos al inicio de la estrategia educativa (18-70 años)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 25 – 35 2. 36 – 45 3. 46 – 55 4. 56 – 65
ACTIVIDAD LABORAL	Cualitativa nominal	Actividad remunerada para un individuo	Actividad desempeñada de manera regular con aporte económico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Obrero 3. Empleado 4. Ama de casa 5. Técnico 6. Profesionista 7. Jubilado
ESTADO CIVIL	Cualitativa nominal	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de la familia	Situación civil que refiere el paciente y que está registrado en el cuestionario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado
ESCOLARIDAD	Cualitativa ordinal	Periodo de asistencia a un centro escolar	Persona dentro del estudio, mujer u hombre, que cuenta con años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado

6.7 Error de medición

Sesgos de selección: se evitará al seleccionar a los participantes apoyándonos de los criterios de inclusión para así elegir el grupo de estudio que representará a la población.

Sesgos de no respuesta: dependerán del grado de motivación de nuestros pacientes participantes en el estudio.

Sesgos de información o medición: no hay posibilidad, ya que se consultaron diversas fuentes literarias para obtener información confiable de medicina basada en evidencias.

Sesgos de análisis: para evitarlos se deberán extremar precauciones a la hora de recabar los datos obtenidos en la plataforma a utilizar.

Debido a la metodología previamente mencionada, no existe la posibilidad de sesgo.

6.8 Análisis estadístico

Los datos tras la recolección serán sometidos a un proceso de validación verificando que los registros se encuentren completos, posteriormente se creará una base de datos en el programa SPSS donde se digitalizará la información, con el uso de este archivo procediendo posteriormente al análisis de resultados mediante el uso de tablas y de acuerdo con el tipo de variables; en la tabla 1 se presentarán las características basales de la población, serán empleadas para el análisis de los datos en el primer nivel de análisis (estadística descriptiva); para las variables cuantitativas, se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda), para las variables cualitativas porcentajes y frecuencias; como medidas de dispersión serán usados desviación estándar y rangos. Para el análisis de normalidad se utilizará la fórmula de Kolmogorov Smirnov. La tabla 2 mostrará las características generales contra la maniobra.

Para esta asociación en las variables cualitativas se realizará el cálculo de X^2 , para las variables cuantitativas de libre distribución en variables relacionadas, la prueba pertinente será de U de Man Whitney y para las variables cuantitativas de distribución normal se utilizará la prueba de T de Student.

7.ASPECTOS ÉTICOS

Se realizará un cuestionario previo para recabar información, con el cual no se alterará el tratamiento de base ni la evolución de la enfermedad por lo que se considera un estudio de bajo riesgo.

El CIOMS, en colaboración con la OMS, inició su labor sobre la ética en la investigación biomédica a fines de los años setenta. Desde entonces se dispuso, en cooperación con la OMS, a preparar las pautas. El objetivo de las pautas era (y sigue siendo) proporcionar principios éticos aceptados a nivel internacional y comentarios detallados sobre la manera de aplicar principios éticos universales, con especial atención a la investigación en entornos de escasos recursos. El resultado de la colaboración entre el CIOMS y la OMS se tituló Propuesta de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos.

Respecto a la información que se obtendrá de los expedientes, así como a los resultados de los cuestionarios realizados a los pacientes, serán solo para los fines del estudio, sin modificar el contenido, respetando de esta forma los artículos 5°, 6°, 7° y 10° del Código Sanitario y los artículos 7° y 12° del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos. El presente estudio respetará en su diseño y realización las normas institucionales, nacionales e internacionales que rigen la investigación en seres humanos. Se realizará con base al reglamento la Norma que establece las disposiciones para la investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2000-001-009, la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki.

Considerando lo especificado en el reglamento de la Ley General de Salud, título segundo de los Aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo I, el presente trabajo se considera como investigación sin riesgo, ya que se basa en la captura de información proveniente del expediente clínico del paciente, de los resultados de los exámenes de laboratorio, de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario y de las mediciones clínicas que se realizan rutinariamente con motivo de su padecimiento.

Artículo 17. Investigación sin riesgo. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18a asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964. Y enmendada por la 29a Asamblea médica mundial de Tokio, Japón, octubre de 1975, y la Asamblea General de Seúl, Corea, en 2008 y con referencia de la última actualización de esta en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

El Informe Belmont intenta resumir los principios éticos básicos identificados por la Comisión en el curso de sus deliberaciones. Es el resultado de un período intensivo de cuatro días de discusiones que se llevaron a cabo en febrero de 1976 en el Centro de Conferencias Belmont de la Institución Smithsonian. Es una declaración de principios y directrices éticos básicos que deberá ayudar a resolver los problemas éticos que rodean la realización de investigaciones con seres humanos.

Se cumplirá con los principios de **Equidad** (los datos de los expedientes de los pacientes que cumplan con los criterios de selección y su análisis, potencialmente podrán ser aplicados a pacientes con las características de los que originaron los datos), **Justicia** (existirá equilibrio entre la inversión del estudio con el nivel de evidencia que se pueda obtener, así como un uso efectivo y el respectivo impacto económico, derivado del conocimiento resultante), **Benevolencia** (el conocimiento resultante podría mejorar el nivel de certidumbre para el prestador de servicio de salud y para el paciente, lo que genera un bien) y **No Maleficencia** (al ser un estudio de fuentes secundarias, no modifica la historia natural ni curso clínico del paciente y su enfermedad).

El Código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía

nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente, el cual se entregará físicamente a todos los participantes del estudio para su lectura y firma, de igual manera se aclararán las dudas que surjan ante dicho evento.

Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que, en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los sujetos de estudio, al no identificar el nombre o manejo de datos personales que comprometa la integridad de los sujetos que se incluirán, para esto solo se obtendrán las iniciales de cada uno de los participantes, en ningún momento se revelarán a personas extras a este estudio ningún dato que pudiera poner en riesgo la vulnerabilidad del paciente.

Asimismo, se busca disminuir el riesgo de complicaciones de la enfermedad obteniendo como beneficio el tratamiento oportuno y la identificación del apoyo social del paciente.

7.1 Consentimiento informado

Al ser observacional, no modificará la historia natural de los presentes procesos, ni tratamientos. Así mismo cumple con los principios recomendados por la declaración de Helsinki, las buenas prácticas clínicas y la normatividad institucional en materia de investigación; por lo que también se cubren los principios de: Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Equidad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes, acorde a las pautas del reglamento de la Ley General de Salud, artículo 17 en materia de investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación se considera una investigación de riesgo bajo.

8.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos: Karina Cabrera Arcos, Nora Araceli Guzmán Celayos, Jorge Alejandro Alcalá Molina, Paloma Gabriela Martínez Valle.

Recursos institucionales: Internet de la Oficina de Jefatura de Servicio Turno Vespertino, expediente clínico electrónico, pruebas de laboratorio.

Recursos de espacio: aula, sala de espera, consultorios.

Recursos de infraestructura: computadora, impresora, estetoscopio, esfingomanómetro, glucómetro, cinta métrica.

Recursos materiales: hojas blancas para impresión de documentos, cartucho de impresora, tiras reactivas para glucómetro, torundas de algodón, bolígrafos, lápices.

Recursos temporales: del 01 de marzo al 31 de agosto de 2022.

Recursos económicos: transporte

8.1 Conflicto de intereses

Los investigadores que participan en el presente protocolo de investigación no tienen conflictos de interés en que se lleve a cabo.

9.RESULTADOS

Para el presente estudio “Percepción de Apoyo Social en pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4” se utilizó una muestra de 103 pacientes, todos con diagnóstico de ERC, con una media de edad de 52 años (52.37) con una DE de 10 (10.22), siendo el grupo de edad más afectado el de 56 – 65 años, con respecto al género predominaron los pacientes de sexo masculino con 64% sobre el 36% del sexo femenino, el nivel de educación más afectado fue el nivel básico (secundaria) con el 34% seguido del bachillerato con 24.3%, el 39.8% cuentan con un empleo lo que se traduce en que son económicamente activos, el 55.4% son casados lo que justifica que tengan una red de apoyo.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Tabla 1 Características sociodemográficas		
Edad	25-35 años	11 (10.7%)
	36-45 años	16 (15.5%)
	46-55 años	26 (25.2%)
	56-65 años	50 (40.5%)
Sexo	Masculino	66 (64%)
	Femenino	37 (36%)
Escolaridad	Analfabeta	0 (0%)
	Primaria	22 (21.4%)
	Secundaria	35 (34%)
	Bachillerato	25 (24.3%)
	Técnico	0 (0%)
	Licenciatura	16 (15.5%)
	Posgrado	5 (4.9%)
Actividad laboral	Desempleado	29 (28.2%)
	Obrero	0 (0%)
	Empleado	41 (39.8%)
	Ama de casa	10 (9.7%)
	Técnico	0 (0%)
	Profesionista	1 (1%)
	Jubilado	22 (21.3%)
Estado civil	Soltero	20 (19.4%)
	Casado	57 (55.4%)
	Unión libre	13 (12.6%)
	Viudo	4 (3.69%)
	Divorciado	9 (8.7%)

Gráfico 1.

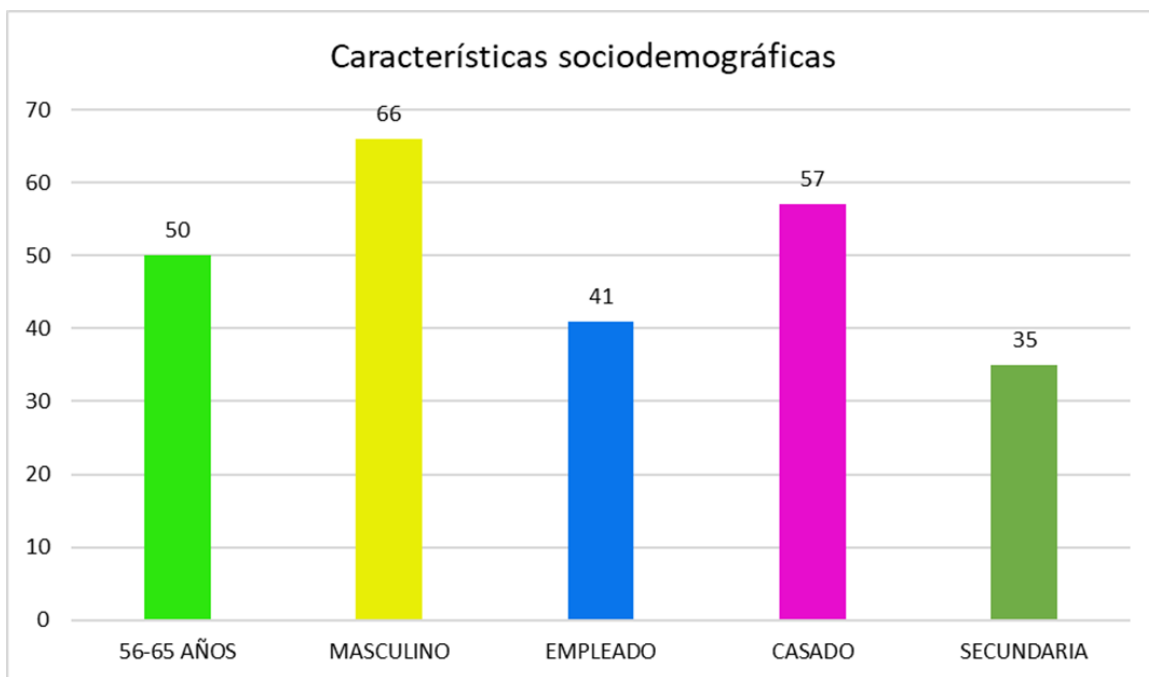


Tabla 2. Estado basal VS. Escala de MOS

Tabla 2 Estado basal VS Escala de MOS N=103				
Actividad laboral	Con apoyo	Sin apoyo	P <0.05	IC 95%
Ama de casa	6	4	0.287	0.298 – 0.316
Desempleado	22	7		
Empleado	34	7		
Profesionista	1	0		
Jubilado	20	2		
Edad				
25-35 años	10	1	0.142	0.394 - 0.413
36-45 años	14	2		
46-55 años	17	9		
56-65 años	42	8		
Sexo				
Masculino	54	12	0.741	0.757 – 0.774
Femenino	29	8		
Años de portar la enfermedad				
0 años	5	4	0.210	0.203 - 0.219
1 años	25	3		
2 años	10	2		
3 años	10	2		
4 años	11	2		
5 años	4	2		
6 años	2	1		
7 años	2	0		
8 años	3	0		
9 años	2	1		
10 años	0	1		
12 años	3	0		
13 años	1	0		
14 años	1	0		
16 años	0	1		
17 años	2	0		
21 años	1	0		
22 años	0	1		
26 años	1	0		

Gráfico 2. Escala MOS

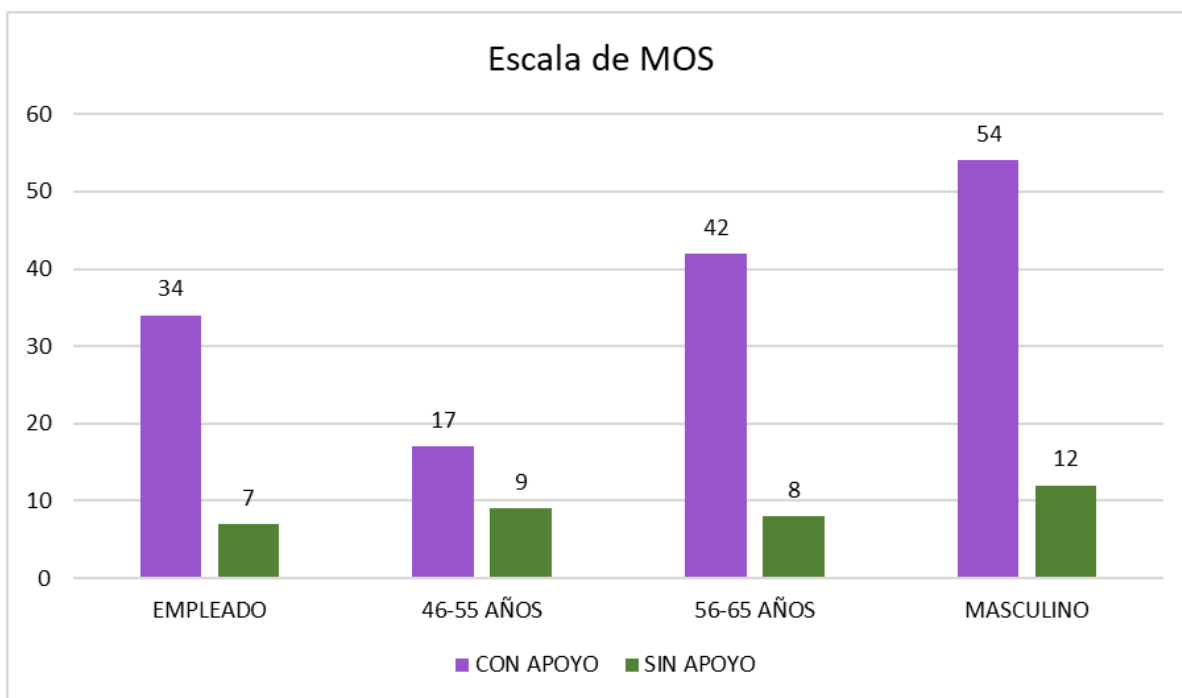
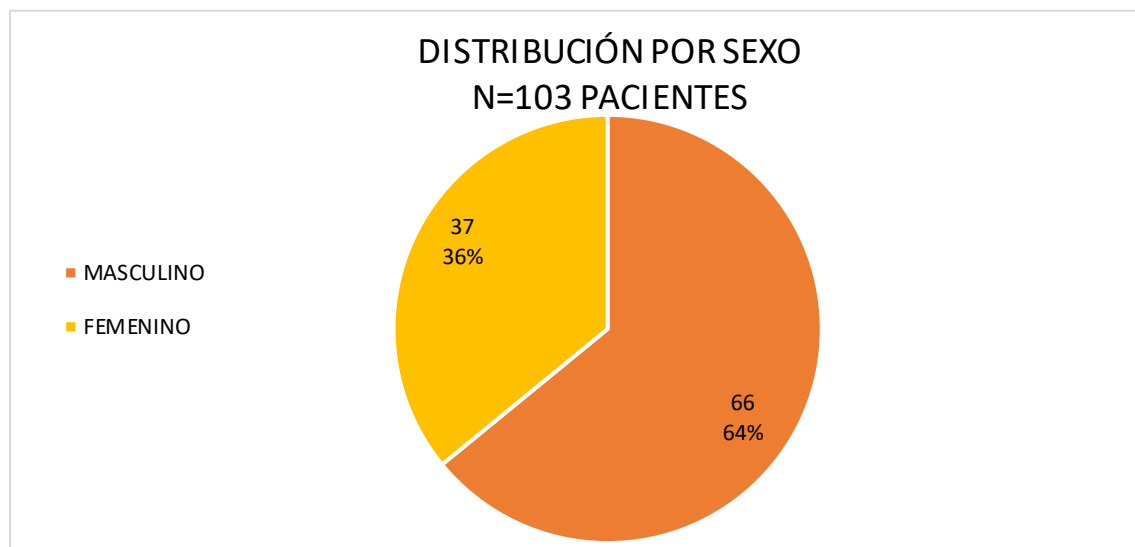


Tabla 3. Distribución por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	66	64
FEMENINO	37	36
TOTAL	103	100

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

Gráfico 3. Distribución por sexo



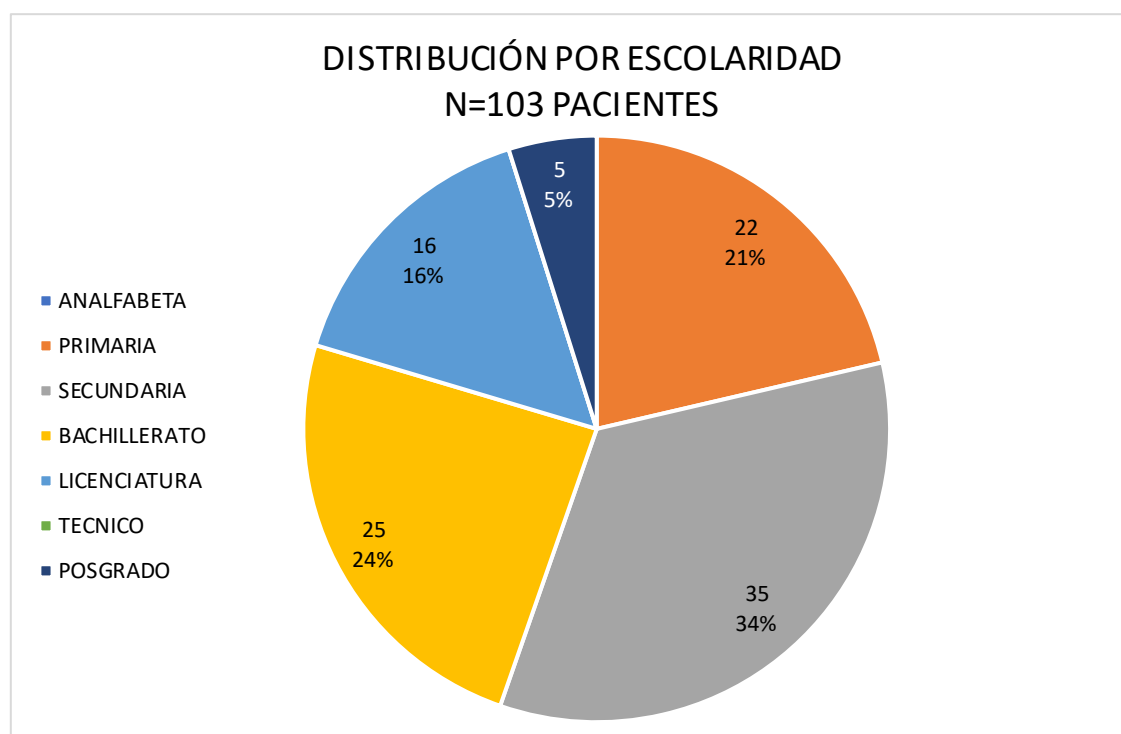
En este gráfico 3 de la muestra de 103 pacientes participantes el 64% corresponde al sexo masculino y el 36% al sexo femenino, lo cual representa una relación hombre/mujer con predominio del sexo masculino.

Tabla 4. Distribución por escolaridad

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	22	21,4
SECUNDARIA	35	34
BACHILLERATO	25	24,3
LICENCIATURA	16	15,5
TECNICO	0	0
POSGRADO	5	4,9
TOTAL	103	100

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

Gráfico 4. Distribución por escolaridad



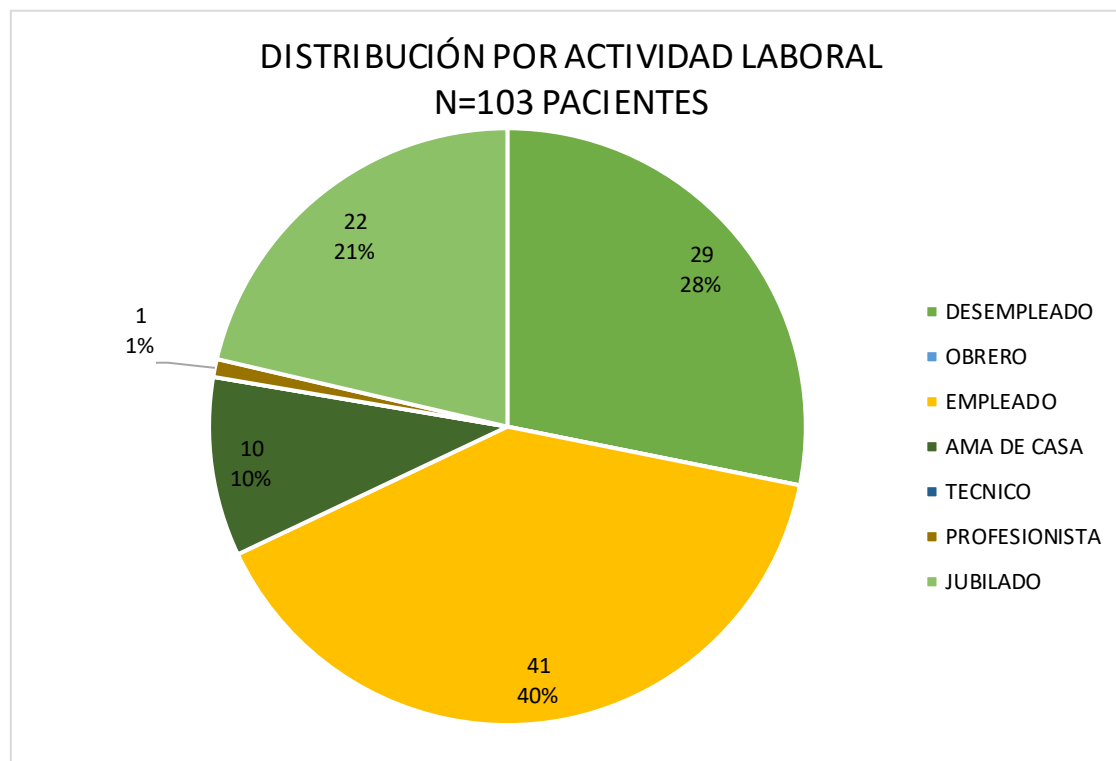
De los pacientes participantes en el presente estudio, el 35% cuentan con una escolaridad de nivel básico (secundaria), el 24% con nivel medio superior (bachillerato) y solo el 5% con nivel superior (posgrado).

Tabla 5. Distribución por actividad laboral

ACTIVIDAD LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
DESEMPLEADO	29	28,2
OBRERO	0	0
EMPLEADO	41	39,8
AMA DE CASA	10	9,7
TECNICO	0	0
PROFESIONISTA	1	1
JUBILADO	22	21,3
TOTAL	103	100

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4° IMSS 2022

Gráfico 5. Distribución por actividad laboral



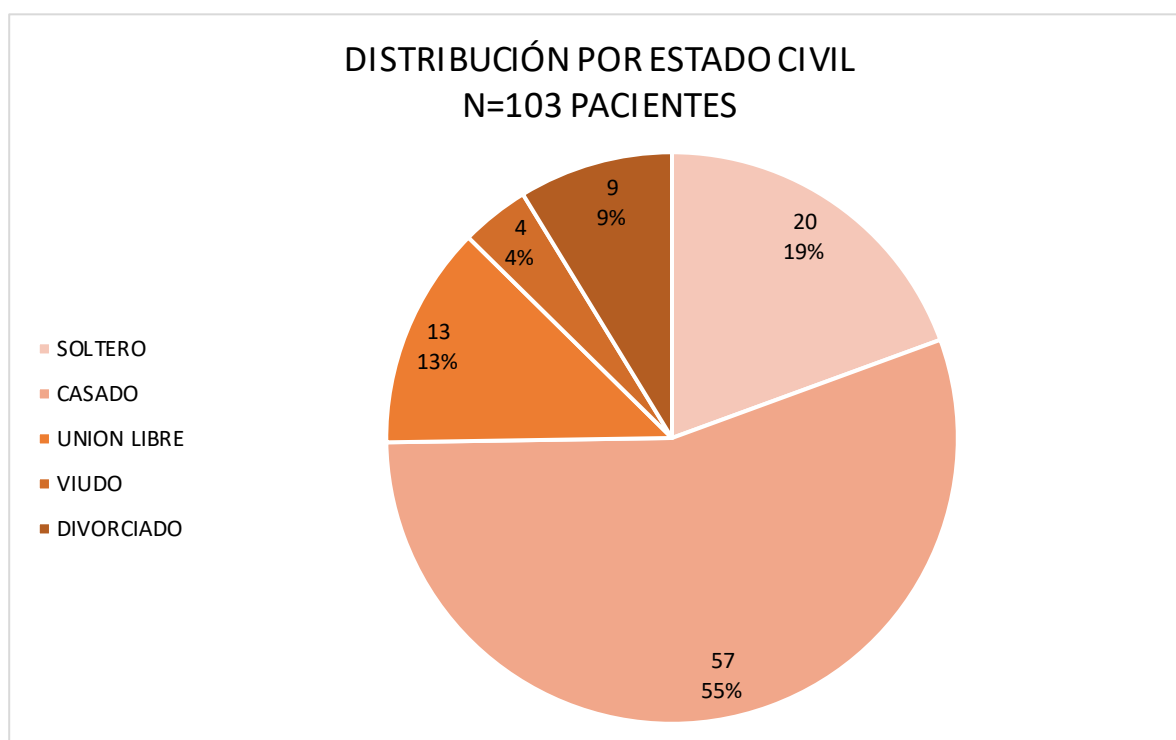
En este gráfico se logra observar que el 41% del total de la muestra de este estudio son personas económicamente activas, el 28% se encuentran desempleados, el 21% son jubilados y el 10% se dedican al hogar.

Tabla 6. Distribución por estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	20	19,4
CASADO	57	55,4
UNION LIBRE	13	12,6
VIUDO	4	3,9
DIVORCIADO	9	8,7
TOTAL	103	100

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

Gráfico 6. Distribución por estado civil



En el gráfico 6 se puede evidenciar que el 68% de los pacientes de este estudio cuentan con una red de apoyo intrafamiliar, con una frecuencia de 57 pacientes casados (55%) y 13 (12.6%) en unión libre.

Tabla 7. Tabla de contingencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica en base a KDOQI

TABLA DE CONTINGENCIA DE LOS DIFERNTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ESTADIOS	1	4	3,9
	2	14	13,6
	3	23	22,3
	4	18	17,5
	5	44	42,7
	TOTAL	103	100,0

Fuente: SPSS del Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4° IMSS 2022

Con los resultados obtenidos del Cuestionario de Escala MOS se puede observar que la mayoría de los pacientes de la muestra de este estudio se encuentran en un estadio 5 en base a KDOQI (falla renal) con un total de 44 pacientes lo cual equivale a un 42.7%.

Tabla 8. Tabla de contingencia de percepción de apoyo social en base a la TFG

TABLA DE CONTINGENCIA DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN BASE A LA TFG					
			APOYO SOCIAL		TOTAL
			CON APOYO	SIN APOYO	
ESTADIO	CON DAÑO RENAL TFG NORMAL	Recuento	3	1	4
		% dentro de APOYO SOCIAL	3,6%	5,0%	3,9%
	DAÑO RENAL TFG LIGERAMENTE DISMINUIDO	Recuento	10	4	14
		% dentro de APOYO SOCIAL	12,0%	20,0%	13,6%
	TFG MODERADAMENTE DISMINUIDO	Recuento	20	3	23
		% dentro de APOYO SOCIAL	24,1%	15,0%	22,3%
	TFG GRAVEMENTE DISMINUIDO	Recuento	15	3	18
		% dentro de APOYO SOCIAL	18,1%	15,0%	17,5%
	FALLA RENAL O DIALISIS	Recuento	35	9	44
		% dentro de APOYO SOCIAL	42,2%	45,0%	42,7%
	TOTAL	Recuento	83	20	103
		% dentro de APOYO SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SPSS del Cuestionario de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

En esta tabla se evalúa la percepción de apoyo social de cada paciente que conforma la muestra de este estudio y de acuerdo con el resultado de los cuestionarios aplicados de la Escala de MOS, del total de la muestra de 103 pacientes, 83 perciben apoyo social, mientras que el resto 20 pacientes no perciben apoyo social.

El tipo de Chi-cuadrada que se utilizó en esta tabla de contingencia es la de línea por línea y su significancia es de 0.791, por lo tanto, no existe asociación.

Tabla 9. Tabla de contingencia del rango de edad en relación con el apoyo social según la Escala de MOS

TABLA DE CONTINGENCIA DEL RANGO DE EDAD EN RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL SEGÚN LA ESCALA DE MOS					
			APOYO SOCIAL		TOTAL
			CON APOYO	SIN APOYO	
EDAD	DE 25 A 35 AÑOS	Recuento	10	1	11
		% dentro de APOYO SOCIAL	12,0%	5,0%	10,7%
	DE 36-45 AÑOS	Recuento	14	2	16
		% dentro de APOYO SOCIAL	16,9%	10,0%	15,5%
	DE 46-55 AÑOS	Recuento	17	9	26
		% dentro de APOYO SOCIAL	20,5%	45,0%	25,2%
	DE 56-65 AÑOS	Recuento	42	8	50
		% dentro de APOYO SOCIAL	50,6%	40,0%	48,5%
TOTAL	Recuento	83	20	103	
	% dentro de APOYO SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: SPSS de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

En la tabla 9 se observan los rangos de edad más afectados, siendo en primer lugar con un 45% el rango de 46 a 55 años los pacientes que no perciben apoyo social, cabe mencionar que los pacientes de estas edades aún son personas económicamente activas, en segundo lugar, con 40% el rango de edad de 56 a 65 años, de 36 a 45 años solo el 10% no percibe apoyo social y de 25 a 35 años solo el 1% no percibe apoyo. El rango de edad con mayor apoyo social es de 56 a 65 años con un 50.6%.

El tipo de Chi-cuadrada que se utilizó en esta tabla de contingencia es la de línea por línea y su significancia es de 0.687, lo cual nos indica que no existe asociación.

Tabla 10. Tabla de contingencia en relación con el sexo de acuerdo Escala de MOS

TABLA DE CONTINGENCIA EN RELACIÓN CON EL SEXO DE ACUERDO ESCALA DE MOS					
			APOYO SOCIAL		TOTAL
			CON APOYO	SIN APOYO	
SEXO	MASCULINO	Recuento	54	12	66
		% dentro de APOYO SOCIAL	65,0%	60,0%	64,0%
	FEMENINO	Recuento	29	8	37
		% dentro de APOYO SOCIAL	35,0%	40,0%	36,0%
TOTAL	Recuento		83	20	103
	% dentro de APOYO SOCIAL		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SPSS de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

En esta tabla de contingencia con respecto al género y la asociación con el apoyo social, se puede observar que el sexo masculino es el que percibe mayor apoyo social con un 65% lo que equivale a 54 pacientes sobre 29 pacientes del sexo femenino, siendo el 35%.

Con Chi-cuadrada de Fisher se obtuvo una significancia de 0.035, lo que estadísticamente nos demuestra que si existe asociación del sexo respecto al apoyo social percibido.

Tabla 11. Tabla de contingencia de la actividad laboral asociada al resultado de la Escala de MOS

TABLA DE CONTINGENCIA DE LA ACTIVIDAD LABORAL ASOCIADA AL RESULTADO DE LA ESCALA DE MOS					
			APOYO SOCIAL		TOTAL
			CON APOYO	SIN APOYO	
ACTIVIDAD LABORAL	AMA DE CASA	Recuento	6	4	10
		% dentro de APOYO SOCIAL	7,2%	20,0%	9,7%
	DESEMPLEADO	Recuento	22	7	29
		% dentro de APOYO SOCIAL	26,5%	35,0%	28,2%
	EMPLEADO	Recuento	34	7	41
		% dentro de APOYO SOCIAL	41,0%	35,0%	39,8%
	PENSIONADO	Recuento	20	2	22
		% dentro de APOYO SOCIAL	24,1%	10,0%	21,4%
	PROFESIONISTA	Recuento	1	0	1
		% dentro de APOYO SOCIAL	1,2%	0,0%	1,0%
	TOTAL	Recuento	83	20	103
		% dentro de APOYO SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SPSS de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4° IMSS 2022

En la tabla 11 se indica que 35 pacientes, el 42.2% de la muestra son personas económicamente activas y perciben apoyo social, 22 pacientes el 26.5% se encuentran desempleados sin embargo de acuerdo con los resultados obtenidos de igual manera perciben apoyo social.

Se utilizó Chi-cuadrada línea por línea obteniéndose una significancia de 0.287 por lo que si existe asociación.

Tabla 12. Tabla de contingencia del estado civil de los pacientes en relación con el apoyo social percibido.

TABLA DE CONTINGENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO.						
		APOYO SOCIAL		TOTAL		
		CON APOYO	SIN APOYO			
ESTADO CIVIL	CASADO	Recuento	51	6	57	
		% dentro de APOYO SOCIAL	61,4%	30,0%	55,3%	
	DIVORCIADO	Recuento	4	5	9	
		% dentro de APOYO SOCIAL	4,8%	25,0%	8,7%	
	SOLTERO	Recuento	17	3	20	
		% dentro de APOYO SOCIAL	20,5%	15,0%	19,4%	
	UNIÓN LIBRE	Recuento	9	4	13	
		% dentro de APOYO SOCIAL	10,8%	20,0%	12,6%	
	VIUDO	Recuento	2	2	4	
		% dentro de APOYO SOCIAL	2,4%	10,0%	3,9%	
	TOTAL		Recuento	83	20	103
			% dentro de APOYO SOCIAL	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SPSS de Apoyo Social MOSS aplicado a pacientes con los diferentes estadios de Enfermedad Renal Crónica en base a KDOQI en la U.M.F. No. 4^o IMSS 2022

En relación con el estado civil de los pacientes participantes se pudo observar que 72.20% al mantener una relación interpersonal siendo 51 pacientes casados (61.4%) y 9 en unión libre (10.8%) si perciben apoyo social.

La Chi-cuadrada utilizada fue línea por línea con una significancia de 0.007 por lo que si existe asociación del estado civil con respecto a la percepción de apoyo social.

10.DISCUSIÓN

En el presente estudio “Percepción de apoyo social en pacientes con los diferentes estadios de enfermedad renal crónica en base a KDOQI en la U.M.F. no.4” se observó que la mayoría de los pacientes de la muestra obtenida de 103 pacientes corresponden al sexo masculino lo que se comprueba y correlaciona con el estudio de Goicochea en donde hace mención que en las últimas 2 décadas la incidencia actual se sitúa en los varones con 404 casos por millón de la población y en las mujeres en 280 casos por millón de la población. (2)

Según la bibliografía consultada, se estima que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente, estimándose una prevalencia actual del 11%⁽²⁾, en los resultados obtenidos posterior a la aplicación del Cuestionario de la escala de Apoyo social de MOS se identificó que la mayoría de los pacientes se encuentran en un estadio 5 en base a KDOQI, en donde dichos pacientes se encuentran en tratamiento sustitutivo.

Así mismo en la Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología en el 2004⁽⁶⁾ menciona que durante el año de 1992 el IMSS reportó una cifra de 7785 pacientes con Diálisis Peritoneal (DP), obteniendo una prevalencia de 199.6 por millón. En 2019 Ignacio Guerra Gallo, Encargado del Programa Institucional de Donación y Trasplantes del IMSS en la página web del IMSS afirmó que la enfermedad renal sigue en aumento en forma importante y se estima que a nivel mundial hay 850 millones de personas que la padecen; en nuestro país, dijo, está identificado que por cada mil habitantes, hay 1.4 pacientes con insuficiencia renal (estadio V de KDOQI ya con tratamiento sustitutivo de la función renal), cifra que es mayor de lo reportado a nivel mundial, pues lo padecen una persona por cada mil habitantes, en UMF 4 no se cuenta con cifras reales de pacientes con de falla renal, por lo tanto este dato será el único y actualizado con el que se contará en esta unidad de salud, así como la identificación de la presencia o no de la percepción del apoyo social en estos pacientes para el abordaje y toma de decisiones futuras no solo administrativas, sino también en el modelo biopsicosocial y enfoque de la medicina familiar.

En relación con el grupo etario de nuestros pacientes, en este estudio la ERC es más frecuente en el rango de edad de 56 a 65 años con un 48.5% del total de la muestra, con una media de 52.3 años tal y como lo menciona la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica⁽¹⁾ que los factores de riesgo iniciales más importantes para Enfermedad Renal Crónica son la edad avanzada, el sexo masculino, lo cual también se demuestra en nuestro estudio, además de la diabetes.

Como objetivo de este estudio tenemos que el conocimiento de la percepción de apoyo social permite identificar que el contar con una red de apoyo, la cual surge de las relaciones interpersonales de cada individuo, puede ser de los propios familiares, amigos, vecinos, aunque no necesariamente ya que de igual manera se le puede considerar red de apoyo a personas que aporten ayuda real y verdadera. Esto influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y en la búsqueda de atención médica del paciente, haciendo imprescindible la cooperación de familiares. Cabe señalar que el entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar como lo menciona Ábrego en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social del año 2004 en donde habla de la Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. ⁽¹⁹⁾

Para este primer estudio en la UMF4 el 72.2% de estos pacientes con ERC perciben presencia en su vida de apoyo social lo cual se deriva de sus relaciones interpersonales ya que de estos el 61.4% son casados y el 10.8 viven en unión libre, lo que demuestra que el apoyo viene de la familia principalmente, ésta siendo la unidad de estudio y análisis del médico familiar.

11.CONCLUSIONES

La tecnología y los grandes avances en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades con pronóstico fatal, con ello tanto la incidencia como prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas como ERC constituyen una causa de discapacidad y aumento en el gasto de salud al tener como probabilidad una larga duración de la enfermedad o una rápida progresión con costos inesperados, teniendo no solamente repercusiones económicas como se cree, sino también en el enfoque biopsicosocial como principal modelo de atención del médico especialista en Medicina Familiar.

Con la realización de este estudio logramos identificar las características sociodemográficas de cada uno de nuestros pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, así como la percepción de cada uno con respecto al apoyo social que reciben, dando como resultado que la mayoría de los pacientes incluidos si perciben apoyo social de sus redes de apoyo intrafamiliares y extrafamiliares.

Asimismo, se encontró que no existe asociación significativa entre la percepción de apoyo social y cada uno de los estadios de la enfermedad renal crónica, ya que clínicamente los pacientes si perciben apoyo social pero estadísticamente no se demuestra.



“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4”

Nora Araceli Guzmán Celayos, Karina Cabrera Arcos, Jorge Alejandro Alcalá Molina, Paloma Gabriela Martínez Valle

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes																									
	2021												2022												2023	
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02		
Ajustes al protocolo			■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Presentación del protocolo a evaluación ante el Comité de Ética en Investigación										■	■	■														
Registro y autorización del comité de investigación										■	■	■														
Invitación a pacientes												■	■													
Escrutinio												■	■													
Evaluación pacientes y recolección datos												■	■	■	■	■	■									
Codificación, captura y limpieza base datos														■	■	■	■	■	■	■						
Limpieza final base de datos																				■	■					
Análisis estadístico																					■	■				
Redacción manuscrita																							■	■		
Difusión resultados																								■		



Realizado



Programado

13.BIBLIOGRAFÍA:

1. IMSS. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. 2019.
2. Goicoechea MA y. RM. Riñón y enfermedad cardiovascular. Vol. 24. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología; 2004.
3. Cueto-Manzano AM. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. <https://www.netmd.org/> . 2017-2019;19.
4. Tamayo y Orozco H. Santiago Lastiri Quirós JA. La enfermedad renal crónica en México HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL PARA ENFRENTARLA. Aguiary Seijas 75 Lomas de Chapultepec 11000. México DF: Inter Sistemas; 2016.
5. Collins AJ, Foley RN, Gilbertson DT, Chen SC. United States Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. International Society of Nephrology. junio de 2015;6.
6. Cases A. 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. Vol. 24. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología; 2004.
7. Gonzalez-Bedat MC, GR-D y AF. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e hipertensión. 23 de enero de 2017;14(1):10.
8. Díaz-Palafox J, Hernández-Orozco ML, García-González A, Lizarraga-Zambrano E. Conocimiento de la enfermera sobre el procedimiento de diálisis peritoneal con bolsa gemela. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006;6.
9. Gutiérrez-Rodríguez DR, Rodríguez-Pardillo C, y Perdomo-Morente L. MICROALBUMINURIA. FACTOR DE RIESGO RENAL Y CARDIOVASCULAR. Sociedad Española de Nefrología . 2006;2.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. La Enfermedad Renal Crónica en México [Internet]. <https://www.gob.mx/>. 2020 [citado el 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.insp.mx/>
11. Aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2023. Diario Oficial de la Federación. 29 noviembre 2022 [25 octubre 2022]
12. En México, 12 millones de personas padecen algún grado de deterioro renal [Internet]. <http://www.diputados.gob.mx/inicio.htm>. 2016 [citado el 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/inicio.htm>
13. Preston, E., Ellis, MR., Kulinskaya, E, Davies, AH, Brown.EA. Association Between Carotid Artery Intima-Media Thickness and Cardiovascular Risk Factors in CKD. American Journal of Kidney Diseases. octubre de 2005;46(5):856–62.
14. Principal reto para lograr la cobertura de la enfermedad renal crónica en México: Creación de una Política de Salud Renal [Internet].

- <https://codigof.mx/>. 2019 [citado el 18 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://codigof.mx/principal-reto-para-lograr-la-cobertura-de-la-enfermedad-renal-cronica-en-mexico-creacion-de-una-politica-de-salud-renal/>
15. Soriano-Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Nefrología. 2004;24(6):27–34.
 16. Amato D, Álvarez-Aguilar Cleto, Castañeda-Limones R, Rodríguez E, Ávila-Díaz M, Arreola F, et.al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney International*. Agosto 2005;68(97):11–7.
 17. Pereira-Rodríguez J, Boada-Morales L, Peñaranda-Florez DG, Torrado-Navarro Y. Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. www.nefrologiaargentina.org.ar. 2017;19.
 18. Martínez-Calderón P, Cruz-Martínez, Parmentier-de León C, Grimaldo-Rico O, Castelán-Carmona N, Madrigal-Bustamante JA, et.al. Reporte de la primera cadena de trasplante renal en México. <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf> 2019;39(4):339–454.
 19. Méndez-Durán A, Ignorosa-Luna MH, Pérez-Aguilar G, Rivera-Rodríguez FJ, López-Ocaña LR. La referencia a trasplante renal en el IMSS: un área de oportunidad para la mejora. *Revista Mexicana de Trasplantes*. 15 de abril de 2017;6(1):29–33.
 20. Ábrego GR, Rodríguez Ál. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2004; 42 (2): 97–102.
 21. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar [Internet]. medicosfamiliares.com. 2017 [citado el 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/instrumentos-de-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar.html>
 22. Bellón-Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. <https://www.elsevier.es/es>. 1996;153–63.
 23. Rodríguez-Morán MC, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública de México*. Enero de 1997; 39 (1): 44–7.
 24. Rodríguez-Agudelo Y, Díaz Olavarrieta C, García de la Cadena Ramírez C. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. *Gaceta Médica de México*. 1995;131(3):329–34.
 25. Gregory R. Pierce-Barbara R. Sarason Irwin GS. Manual de apoyo social y familia [Internet]. 1a ed. Boston, MA, Estados Unidos de América: Springer; 1996. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3>
 26. de Lomnitz LA. Cómo sobreviven los marginados [Internet]. 15a ed. Cerro del agua 248, delegación Coyoacan 04310, México DF: Siglo XXI Editores; 2003. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1iLVLkeCkvTPluqqg3gqWR9lohNz59eFh/view>
 27. Enge-Hantch J, Calla A. Institutionalizing social support through the church and into the community. [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. 1985

- [citado el 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3980243>
28. Infante-Castañeda C. Bases para el estudio de la interacción familia -redes sociales- uso de los servicios de salud. Salud Publica Mex [Internet]. 30 de marzo de 1988 [citado 2 de noviembre de 2021];30(2):175-96. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/190>
 29. Backes GM. Family relations and informal social networks in the social structure and demographic change [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. 1996 [citado el 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
 30. Menéndez E. Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes [Internet]. [citado el 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbm91bmlkYWRpaXNpc3RlbWFzGd4OmE5NjAyNWlwMjQ0NmYzZQ>
 31. Irigoyen-Coria AE. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Anáhuac 60, Roma Sur, Cuauhtémoc, 06760 Ciudad de México, CDMX: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
 32. de la Revilla Ahumada L. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria. 28 de febrero de 1997;19(3):133–7.
 33. de la Revilla Ahumada L. La disfunción familiar. Atención Primaria. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 1992;10(2):582–3.
 34. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27> . 2002;29(5):317–8.
 35. Wellard SJ, Street AF. Family issues in home-based care. Int J Nurs Pract. Septiembre de 1999;5(3):132–6.
 36. Kimmel P. Psychosocial factors in dialysis patients. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> . 2001;59(4):1599–613.
 37. CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. 2017. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
 38. NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-020.pdf> . 2017.
 39. Ley General de Salud [Internet]. <http://dof.gob.mx/index.php>. 1984 [citado el 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://dof.gob.mx/index.php>
 40. Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
 41. Department of Health, Education, and Welfare, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The

- Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. J Am Coll Dent. 2014;81(3):4-13.
42. Código Nüremberg.pdf [Internet]. [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4”
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad De Medicina Familiar N° 4, IMSS. Ciudad De México del 1 de marzo al 31 de agosto 2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La Enfermedad Renal Crónica es una enfermedad que se va agravando con el tiempo y que va afectando a los pacientes en diferentes situaciones por lo que me invitan a participar en este estudio el cual consiste en contestar unas preguntas muy sencillas para saber y si tengo familiares, amigos o conocidos que me ayuden a sobrellevar esta enfermedad.
Procedimientos:	Estoy enterado que contestaré preguntas para saber el apoyo que tengo de las personas con las que convivo.
Posibles riesgos y molestias:	No hay riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Sabré que personas están dispuestas a ayudarme en el tiempo que dure mi enfermedad y así seguir con mi tratamiento. Si no cuento con apoyo me enviarán a trabajo social. Utilizaremos solo los recursos que tiene mi clínica del Seguro Social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Me serán informados en tiempo y forma cuando termine el estudio y serán en base a los recursos con los que cuenta el Seguro Social.
Participación o retiro:	Me puedo salir del estudio en el momento que yo lo decida y esto no afectará la atención que me dan en mi clínica.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos serán tratados con confidencialidad ya que no dirán mi nombre, solo usarán códigos y estarán protegidos para que no sean identificados por los investigadores de este estudio, o en estudios futuros y no podrán usarlos para alguna otra situación.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- 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.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador
Responsable:

NORA ARACELI GUZMÁN CELAYOS. Adscripción: UMF N°4 “Niños Héroes”,
Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 97379624. Teléfono:
5583796373 Correo electrónico: dranoraquzman18@gmail.com

Colaboradores:

KARINA CABRERA ARCOS. Adscripción: UMF N°4 "Niños Héroes", Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 98382841. Teléfono: 5540339888
Correo electrónico: dad.karina.cabreraa@gmail.com

JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA. Adscripción: UMF N°21 "Francisco del Paso y Troncoso", Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 98381023. Teléfono: 5557686000 Ext. 21407 y 21408
Correo electrónico: alcalamedfam@gmail.com

PALOMA GABRIELA MARTINEZ VALLE. Adscripción: UMF N°4 "Niños Héroes" Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula: 11472189. Teléfono: 5579048583
Correo electrónico: paloma102@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: conbioeticahgr@gmail.com

NORA ARACELI GUZMÁN CELAYOS

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4”

Nora Araceli Guzmán Celayos, Karina Cabrera Arcos, Jorge Alejandro Alcalá Molina, Paloma Gabriela Martínez Valle

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

No. de folio: _____
No. de afiliación: _____
Nombre del paciente: _____
Edad: _____
Sexo: (1) femenino (2) masculino
Actividad laboral: (1) empleado (2) desempleado
Estado civil: (1) soltero (2) casado (3) viudo (4) divorciado (5) otro _____
Años de portar la enfermedad: _____
Años de evolución con diálisis peritoneal: _____

Las siguientes preguntas de refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone.

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares más cercanos tiene usted?
(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:	Nunca	Pocas veces	Alguna s veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga Problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9. Alguien en quién confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quién pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quién hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quién compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO 3

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN BASE A KDOQI EN LA U.M.F. No. 4”

Nora Araceli Guzmán Celayos, Karina Cabrera Arcos, Jorge Alejandro Alcalá Molina, Paloma Gabriela Martínez Valle

Clasificación de la enfermedad renal crónica según las guías de la *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*.

Estadio KDOQI	Descripción	FG (ml/min/1.73 m²)
1	Daño renal con FG normal o aumentado	≥ 90
2	Daño renal con disminución leve	60-89
3	Disminución moderada del FG	30-59
4	Disminución severa del FG	15-29
5	Insuficiencia renal crónica terminal	<15 o en diálisis

FG: Filtrado glomerular