

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Insuficiencia Renal Crónica,
una visión desde la Promoción de la Salud**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

MIRIAM BELEM CARRILLO PALOMARES

DIRECTOR

DR. OSWALTH MANUEL BASURTO BRAVO

Ciudad de México, abril de 2021.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIAS

A mis padres, Joel y Sonia, ya que sin ustedes no hubiera podido lograr ser lo que soy, les debo mis valores, principios, mi perseverancia y empeño, ya que siempre me guiaron para seguir el camino correcto. Este logro también es de ustedes.

A mis hermanos, Aurora y Fernando, ya que ustedes me ayudaron a abrir la mente cuando la frustración me invadía, sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A Daniel, siempre has creído en mi capacidad, tu gran motivación y apoyo fueron fundamentales para terminar esta tesis. Muchas gracias, amor.

A mis amigos, Viri, Diego y Gaby, por haber sido un gran apoyo durante la carrera, por su valiosa amistad y por todo lo que hemos vivido juntos.

A las personas con insuficiencia renal crónica, y a quienes desafortunadamente todavía no saben que la padecen.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, quien me abrió sus puertas para poder ser una profesional y a todos mis profesores de la carrera, quienes transmitieron su valioso conocimiento crítico y con sentido humano.

A la clínica de hemodiálisis Nefrored, quien me dio la oportunidad de realizar mi servicio social y la investigación para obtener mi tesis. A los pacientes renales que acuden a dicha clínica, muchas gracias por permitirme conocer sus experiencias, sin ustedes esto no habría sido posible.

Quiero expresar mi sincero y especial agradecimiento a mi director de tesis el Dr. Oswalth Manuel Basurto Bravo, por su paciencia, sus enseñanzas, su valioso tiempo dedicado, y sobre todo sus consejos.

También quiero agradecer a los lectores, el profesor Marco Antonio Trejo Velázquez, a la profesora Concepción Tapia Cortina y al profesor Vladimir Humberto Pliego Moreno, por sus apreciables comentarios, observaciones y sobre todo por darse el tiempo de revisar y leer mi trabajo

A todos ellos que hicieron posible alcanzar esta meta, muchas gracias.

Índice

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION	2
OBJETIVO.....	3
CAPITULO I. APARATO EXCRETOR URINARIO.....	4
¿Qué es la IRC?	16
Causas de la IRC.....	17
Estadios de la insuficiencia renal crónica.....	20
CAPITULO II EPIDEMIOLOGIA.....	23
CAPITULO III PROMOCION DE LA SALUD	32
Antecedentes históricos de la promoción de la salud	32
Promoción de la salud.....	36
Determinantes de la Salud.....	44
Determinantes sociales de la salud.....	47
Modelos de la promoción de la salud.....	49
CAPITULO IV DISEÑO DE LA METODOLOGIA.....	51
Enfoque de la investigación	51
Población.....	52
Muestra y muestreo.....	52
Pregunta de investigación.....	53
Técnicas de recolección de datos.....	53
CAPITULO V INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	57
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA.....	70

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica (IRC) ha sido desde hace ya algún tiempo una enfermedad recurrente en la población mexicana, sin embargo no ha sido una enfermedad que haya hecho eco entre la sociedad, a tal grado que no se tienen cifras oficiales sobre cuántas personas sufren esta enfermedad. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 no existen datos que mencionen cuantos casos hay sobre la IRC, a pesar de que en México hay 8.6 millones de personas diagnosticadas con diabetes y 15.2 millones de personas diagnosticadas con hipertensión arterial que son los principales factores de riesgo para desarrollar IRC. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) recientemente publicó datos sobre la mortalidad de los mexicanos en el 2019 y la IRC es de las principales causas de mortalidad ocupando el lugar 10 con 14 630 defunciones (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

La IRC constituye un verdadero problema de salud ya que es una enfermedad que produce diversos eventos adversos y variadas complicaciones si no se atiende adecuadamente. La IRC se define como la enfermedad renal crónica del riñón, también llamada insuficiencia renal crónica y describe la pérdida gradual de la función renal. Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo. Aunque esta enfermedad no se puede revertir, el daño puede detenerse en los primeros estadios y en los estadios más avanzados someterse a un tratamiento sustitutivo o de diálisis.

En este trabajo en el primer capítulo se hablará de la fisiología y anatomía del aparato excretor urinario, qué es la insuficiencia renal crónica (IRC), sus principales causas y su tratamiento. Además se mencionaran las estadísticas más importantes que involucran a la IRC. En el segundo capítulo se tocará el tema de la promoción de la salud y su relación con la enfermedad renal crónica. En el tercer capítulo se explica la metodología de la investigación que se abordará a la enfermedad desde la perspectiva de siete pacientes y

cuatro familiares y/o cuidadores que fueron entrevistados con el objetivo de saber cómo ha sido la calidad de la atención en salud en el sector público y privado y así realizar un análisis de cuáles son las necesidades de los pacientes y las carencias que presenta el sistema de salud en cuanto a la atención de las personas con insuficiencia renal crónica y cuál es la urgente estrategia que como promotores de la salud se puede trabajar en el medio hospitalario. Esto permitió darle un enfoque cualitativo a la investigación y con la información recabada se realizó un concentrado de los testimonios para que en el cuarto capítulo se hiciera un análisis crítico de las entrevistas realizadas y poder establecer como el licenciado en promoción de la salud pudiera participar en el proceso salud- enfermedad de los pacientes renales.

Indagar en el tema de la insuficiencia renal crónica ha permitido ver las deficiencias que hay para atender esta enfermedad. Las carencias no solo son en cuanto a tratamiento si no que no se les puede garantizar la información oportuna sobre su padecimiento, además de un trato digno. Existe una crisis que han llevado a los pacientes renales, sin saberlo, a las últimas etapas de esta enfermedad, cuando es bien sabido en el medio clínico hospitalario que es totalmente prevenible.

JUSTIFICACION

La insuficiencia renal crónica es un problema al que se ha dado menos importancia en comparación con otras enfermedades. Esta es catalogada como la pérdida de la función progresiva del riñón. El riñón es un órgano de suma importancia ya que regula variadas funciones que mantienen la homeostasis del cuerpo, como por ejemplo la presión arterial, elimina las toxinas por medio de la orina y mantiene los niveles adecuados de agua en el organismo. Si el riñón falla otros órganos como el corazón, el cerebro o los pulmones pueden verse seriamente afectados.

Desafortunadamente en México hay muchos casos en donde la IRC ya está presente pero como los síntomas se presentan en estadios muy avanzados, las personas no saben que la tienen y en algunos casos lo saben porque los síntomas les impiden realizar sus actividades cotidianas. En este punto es donde la enfermedad ya está muy avanzada y representa un desgaste físico, emocional y económico para el paciente y su familia.

Se sabe que la IRC puede reflejarse en personas con diabetes e hipertensión arterial principalmente, de acuerdo con cifras de ENSANUT 2018 en el país existen 8.6 millones de personas mayores a veinte años con diabetes y 15.2 con hipertensión arterial, las cifras son alarmantes por ello, debe trabajarse en una estrategia que frene el avance a estadios en donde los síntomas sean un problema mayúsculo y represente para los pacientes y sus familias un desgaste económico, físico y emocional.

El principal motor de esta investigación fue la experiencia propia en la clínica de hemodiálisis Nefrored, en donde se pudo obtener información valiosa de primera mano de los pacientes renales, de su propio andar a lo largo de su enfermedad y del por qué ellos decidieron tomar el tratamiento en dicha clínica. La IRC debe atenderse de manera integral, enfocada no solo a la enfermedad, sino más bien a la prevención, y si ya se tiene se deben formar habilidades en los mismos pacientes que le impidan llegar a estadios avanzados, para ello se necesita la detección temprana, llevar a cabo acciones que favorezcan al paciente dentro de la atención primaria en salud, como es el caso de la Promoción de la Salud.

OBJETIVO

Este trabajo busca dar una mirada desde la perspectiva de la promoción de la salud e identificar como podría intervenir este profesional para coadyuvar en el bienestar del paciente renal, así como conocer las condiciones para el paciente renal en la clínica de hemodiálisis Nefrored y en otros hospitales y clínicas donde se trata la insuficiencia renal crónica (IRC). Además de dar un panorama de la función del aparato urinario, las causa de las IRC y de cómo los pacientes renales y sus familiares han lidiado con la enfermedad, ya que para muchas personas, incluso para los pacientes que ya tienen IRC es una enfermedad desconocida y poco común, aunque se encuentra estrechamente relacionada con dos enfermedades que, desafortunadamente abundan entre la población mexicana.

CAPITULO I. APARATO EXCRETOR URINARIO

Un ser humano promedio, en el momento de su alumbramiento cuenta con un complejo mecanismo dentro de su cuerpo que se divide en sistemas y órganos. Cada uno de los sistemas realiza funciones específicas para que el organismo se encuentre en equilibrio y pueda sobrevivir. Las células, requieren de ciertas exigencias para que el organismo funcione de manera adecuada, en el líquido extracelular están los iones que necesitan las células para mantenerse vivas por lo que todas ellas viven en el mismo entorno del líquido extracelular (Guyton & Hall, 2016). El líquido extracelular es el fluido fuera de las células y se compone por plasma que es el fluido contenido en el sistema de venas y arterias y por el líquido intersticial compuesto por azúcares sales, ácidos grasos, neurotransmisores, glóbulos blancos, coenzimas, hormonas y carga con los productos de desecho de las células. El líquido extracelular provee de alimento a la célula y ésta también regresa al torrente sanguíneo sustancias que no necesita, a este procedimiento se le conoce como excreción celular. Los productos del metabolismo o excreción celular son (urea, ácido úrico y dióxido de carbono) y el posible exceso de sales ingeridas. Así pues, la finalidad de la excreción es retirar de la sangre las sustancias nocivas y mantener constante la concentración de sales disueltas.

Las principales sustancias que se excretan son:

- Urea. Es la principal sustancia derivada del amoníaco que se forma en el metabolismo de las proteínas que realizan las células. Estas transforman el amoníaco, que es una sustancia muy tóxica, en urea, mucho menos tóxica.
- Ácido úrico. Es otra de las sustancias derivadas del amoníaco.
- Sales minerales disueltas. Se ingieren al comer y al beber, y solo se excretan cuando hay un exceso en la sangre; la principal es el cloruro sódico.

Sustancias extrañas al organismo. Son aquellas que no han podido ser degradadas por las células y que se han ido acumulando en la sangre; las principales son los medicamentos y los aditivos alimenticios.

La función de la excreción la realiza, principalmente, el aparato urinario, que expulsa la urea, el ácido úrico y las sales minerales en exceso. El cuerpo humano, busca deshacerse de dichas sustancias y mediante una filtración, el sistema excretor urinario elimina los desechos de las células. Las vías urinarias son el sistema de drenaje del organismo para eliminar la orina, que está compuesta de toxinas y exceso de líquido.

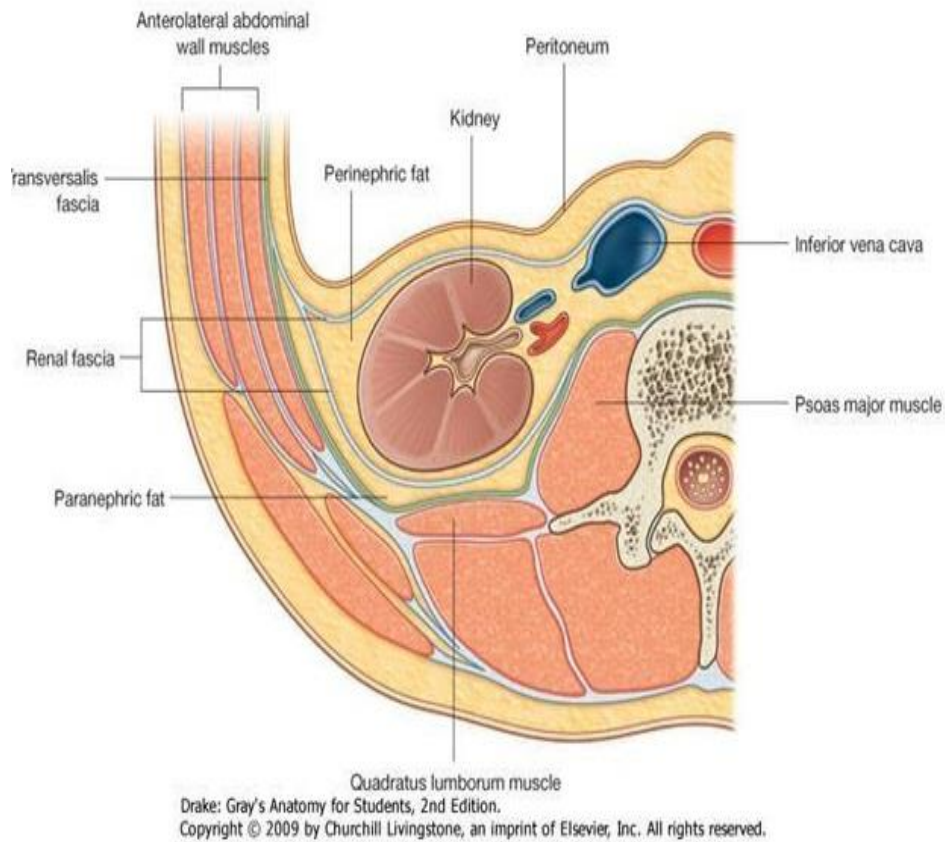
Para que se produzca la micción normal, todas las partes del organismo en las vías urinarias deben trabajar juntas en el orden correcto (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2018). Si el aparato excretor no realiza de manera adecuada sus funciones, habrá una aglomeración de toxinas, agua y otras sustancias que pueden llegar a dañar otros órganos y como consecuencia la calidad de vida de la persona irá disminuyendo. Para comprender la importancia del aparato excretor urinario es necesario conocer el funcionamiento de sus partes.

El sistema excretor urinario está constituido por un par de órganos llamados riñones, estos son los principales órganos del aparato urinario. Los riñones son órganos en forma de frijol; cada uno más o menos del tamaño de un puño y se localizan entre la última vertebra torácica y la tercera vértebra lumbar, ahí están protegidos parcialmente por la undécima y la duodécima costilla (Tortora & Derrickson, 2006) es decir, cerca de la parte media de la espalda, justo debajo de la caja torácica, uno a cada lado de la columna vertebral. (Véase ilustración 1y 2)

Los riñones están cubiertos por tres capas de tejido que se encargan de protegerlo. La primera capa interna es la capa fibrosa renal, esta se trata de una capa transparente de tejido conectivo, este tipo de tejido funciona como soporte de los órganos, esta capa protege al riñón de traumatismos y ayuda mantener la forma. La capa intermedia es la capsula adiposa, que es una capa de grasa que también lo protege de traumatismos y ayuda a mantenerlo en su sitio. La capa superficial es la fascia renal, la función de ésta es fijar al riñón a las estructuras que lo rodean y a la pared abdominal.



Ilustración 1. Posición de los riñones en el cuerpo humano. (National Institute of diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2014)

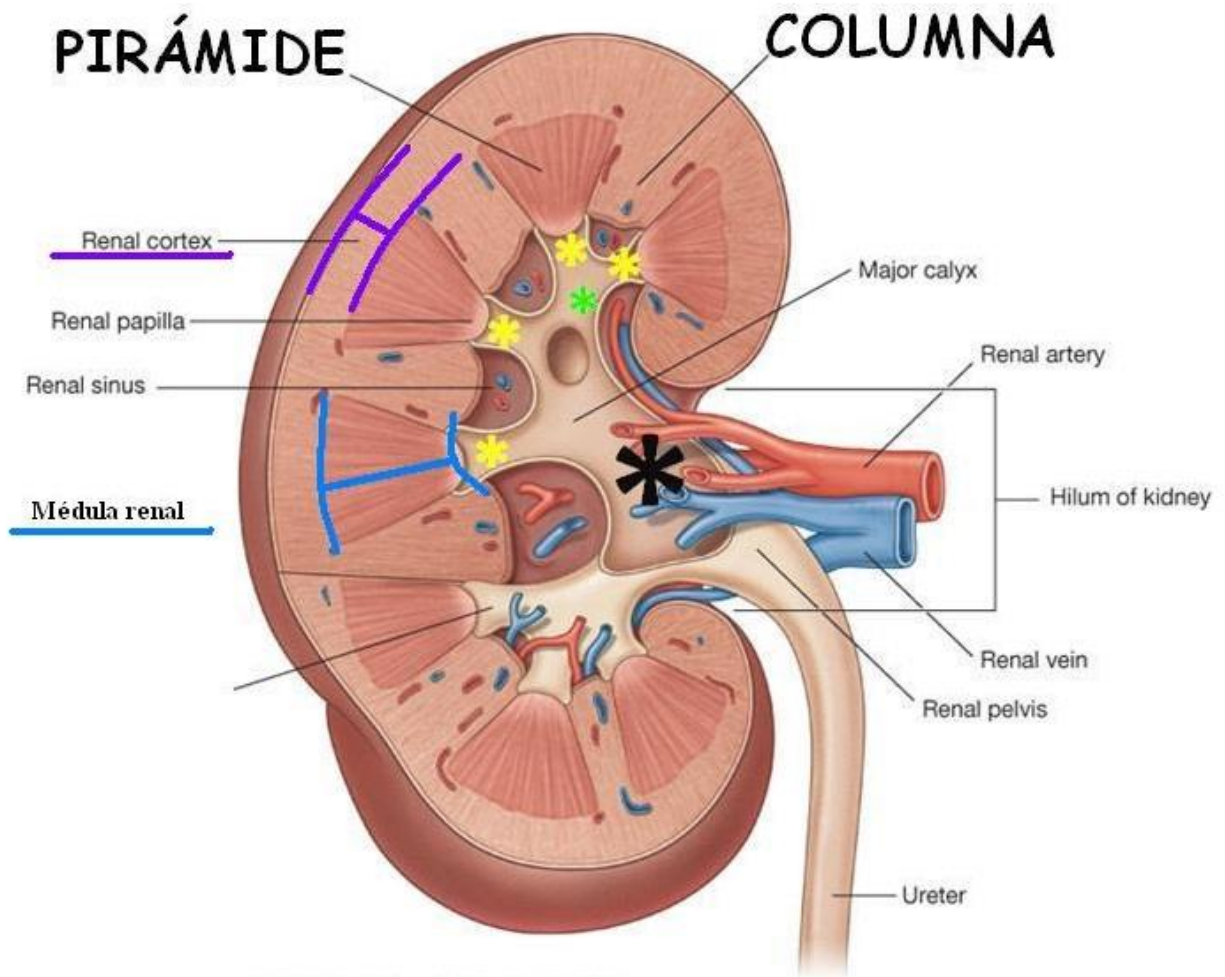


CORTE TRANSVERSAL

Ilustración 2. Corte transversal del riñón (Gutiérrez Espinoza & Arteaga Martínez, 2104)

Dentro de estas tres capas se encuentra la corteza renal en donde se encuentra la pirámide renal o de Malpighi, estas son estructuras en forma de cono que apuntan hacia la pelvis renal (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006) (véase ilustración 3). La médula renal es la parte más interna del riñón en la cual se produce la orina en donde contiene millones de nefronas, que componen las pirámides renales o pirámides de Malpighi. En las

pirámides se encuentran las estructuras encargadas de filtrar la sangre, las llamadas nefronas son las unidades fundamentales del riñón (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006). Las pirámides renales se encargan de dirigir la sangre filtrada hacia los cálices renales menor y mayor, estas son estructuras en forma de campana funcionan como cámaras para dirigir la orina hacia la vejiga. La orina es recibida en primer lugar en el cáliz menor, posteriormente el cáliz mayor la dirige hacia el uréter y este la lleva hasta la vejiga donde será almacenada.



Drake: Gray's Anatomy for Students, 2nd Edition.
 Copyright © 2009 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.

CORTE CORONAL

Ilustración 3 Corte coronal del riñón. (Gutierrez Espinoza & Arteaga Martínez, 2104)

La estructura de la nefrona es la unidad fundamental del riñón compleja y delicada, está compuesta por el corpúsculo renal y por una serie de redes de capilares que tienen una función importante para el filtrado de la sangre. El corpúsculo renal es una estructura esférica y está compuesto por la capsula de Bowman y el glomérulo. El glomérulo es una parte de la nefrona compuesta por una red capilar y se encuentra envuelta por la capsula glomerular o capsula de Bowman (Fernández, 2013). (Véase ilustración 4)

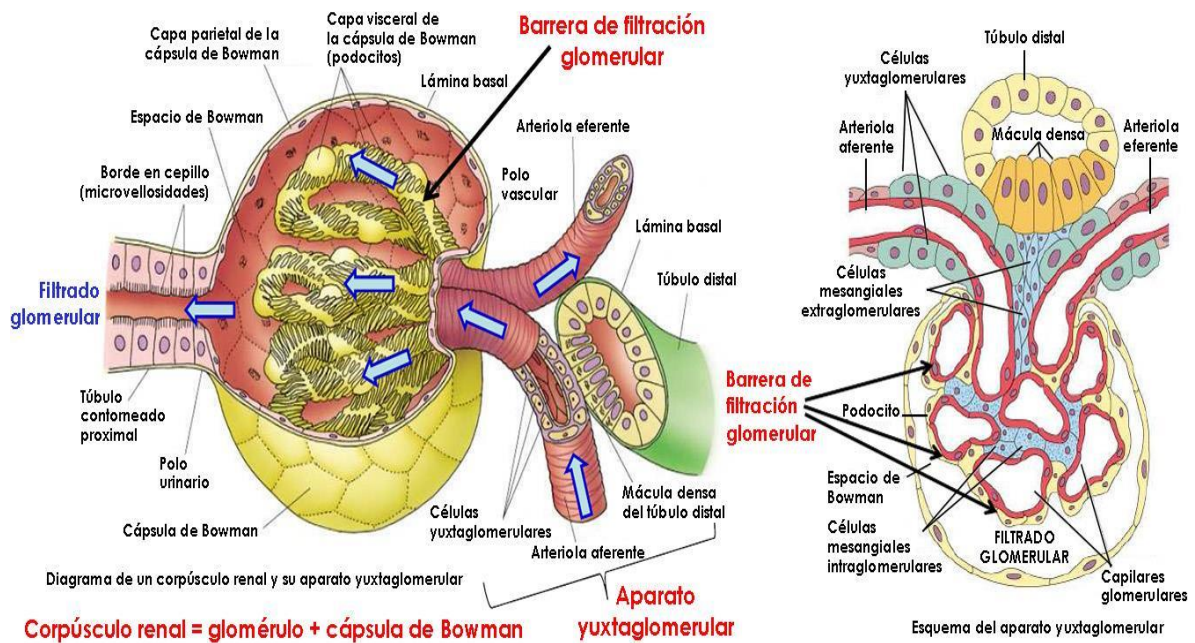


Ilustración 4 Corpúsculo renal y aparato yuxtaglomerular (Carmona, 2012)

El túbulo renal es parte de la red capilar, este es un capilar por donde pasa el filtrado del corpúsculo renal, este se encuentra seccionado en tres partes: el túbulo contorneado proximal que es el que se encuentra unido a la capsula glomerular, el túbulo contorneado distal es la parte más alejada y el asa de Henle que es la conectora con el túbulo proximal y distal. En el orden en el que el líquido los recorre son: 1) el túbulo contorneado proximal 2) el asa de Henle 3) el túbulo contorneado distal. La rama descendente del asa de Henle penetra la medula renal y luego la rama ascendente regresa a la corteza renal (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006). (Véase ilustración 5)

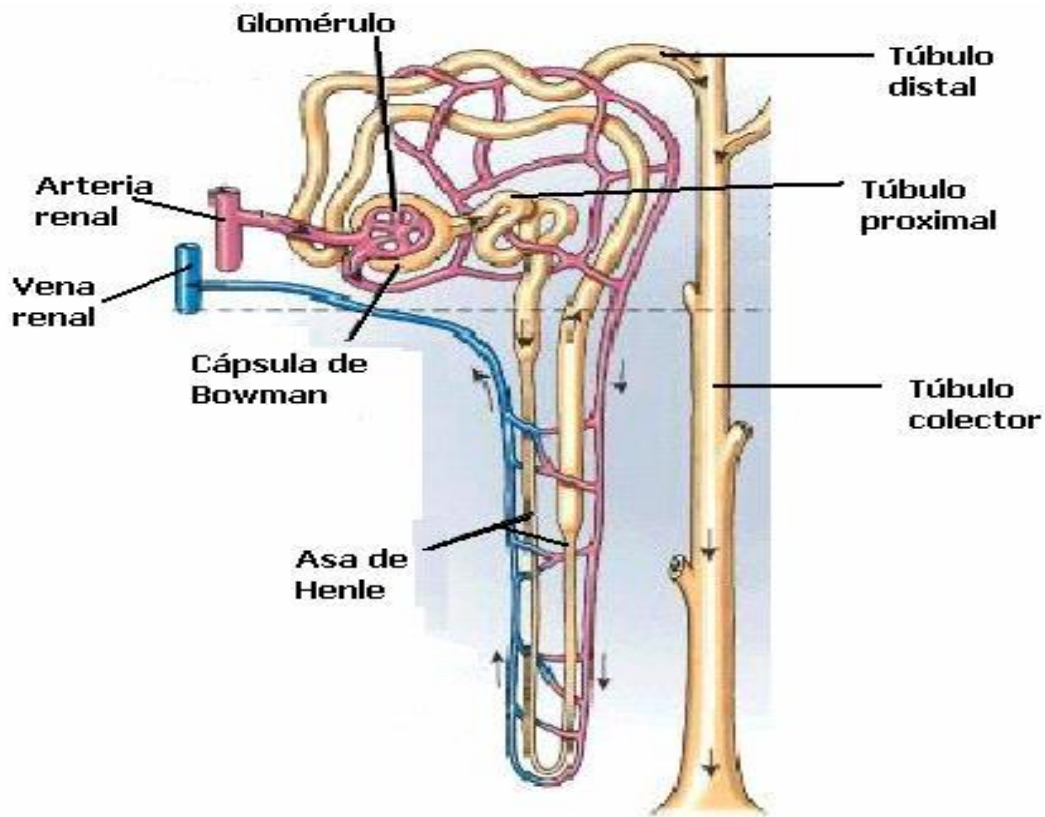


Ilustración 5. Ilustración 6 Partes de la nefrona (Gómez)

Como se ha mencionado, el riñón cumple funciones para mantener la homeostasis dentro del cuerpo, es decir el balance que necesita para que el organismo funcione correctamente. Sin ellos el organismo se llenaría de toxinas, agua y sustancias que se tienen que desechar para no afectar a otros órganos. Las sustancias presentes en la orina son variadas, estas pueden ser desechos nitrogenados derivados del catabolismo proteico como la urea, ácido úrico, amonio y creatinina, también se presentan algunos electrolitos como el sodio, potasio, cloro y otras sustancias como el bicarbonato, fosfato y sulfato. La orina también contiene diversas hormonas, importante en el diagnóstico de embarazo es, entre otros, la denominada gonadotropina coriónica humana (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Otra función de los riñones es ayudar a regular la presión arterial del organismo mediante la excreción del exceso de sodio. Si se elimina muy poco sodio, es probable que la presión arterial aumente. Los riñones también ayudan a regular la presión arterial mediante la producción de una enzima denominada renina. Cuando la presión arterial disminuye por debajo de los niveles normales, los riñones liberan renina a la sangre y, de este modo, activan el sistema renina-angiotensina-aldosterona, que a su vez eleva la presión arterial. Los riñones también producen urotensina, que provoca una constricción de los vasos sanguíneos y ayuda a elevar la presión arterial. Una persona afectada por insuficiencia renal tiene una menor capacidad para regular la presión arterial y, por consiguiente, tiende a tener una presión arterial elevada (Jaipaul, 2017).

Para que los riñones fabriquen orina ellos son alimentados a través de la arteria renal y los vasos que transportan la sangre a la nefrona para iniciar con el filtrado, la arteria renal entra en el riñón a través del hilio y después se ramifica progresivamente hasta formar las arterias interlobulares, las arteriolas arciformes, arterias radiales y las arteriolas aferentes que acaban en los capilares donde se filtran grandes cantidades de líquido (Guyton & Hall, 2016). (Véase ilustración 6)

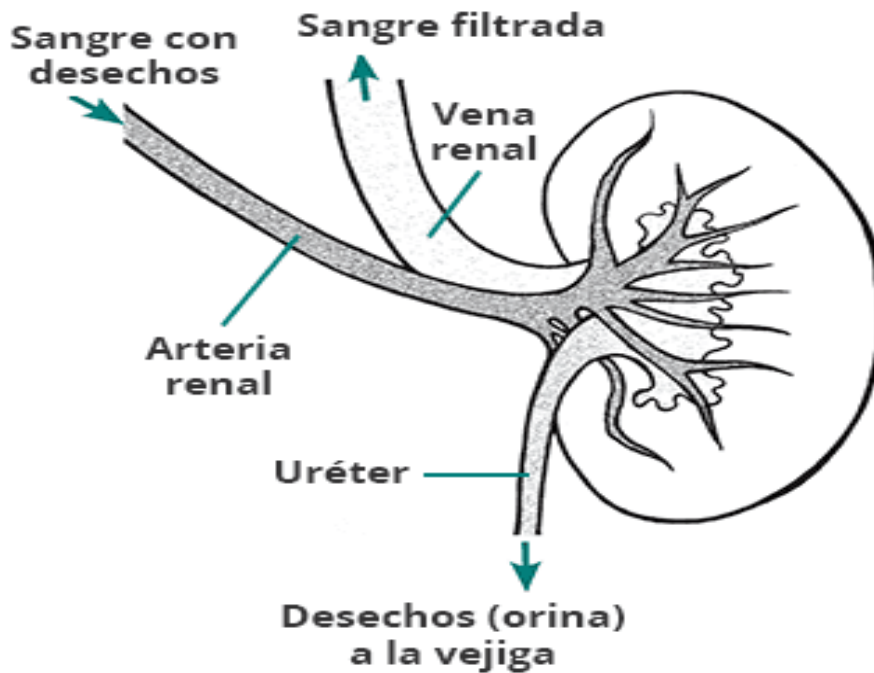


Ilustración 6. La sangre fluye hacia los riñones a través de la arteria renal y sale por la vena renal. El uréter transporta la orina del riñón a la vejiga. (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2018)

Las paredes de los capilares están provistas de poros de filtración, de esta manera, las sustancias de menor tamaño pasan a través de las paredes de los capilares hacia el glomérulo, las proteínas y las células sanguíneas son excluidas de este filtrado (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2018).

Desde la capsula glomerular, el filtrado pasa al tubo proximal, la sustancia es un líquido concentrado de sustancias de pequeño tamaño molecular, pero no todas las moléculas que están en este fluido son desechadas puesto que en este punto ocurre otro proceso llamado reabsorción (véase figura 8). La reabsorción es un paso en donde las sustancias que el organismo necesita salen del túbulo proximal y son llevadas hacia el líquido intersticial y posteriormente son absorbidas por un capilar para ser incorporadas al torrente sanguíneo (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006).

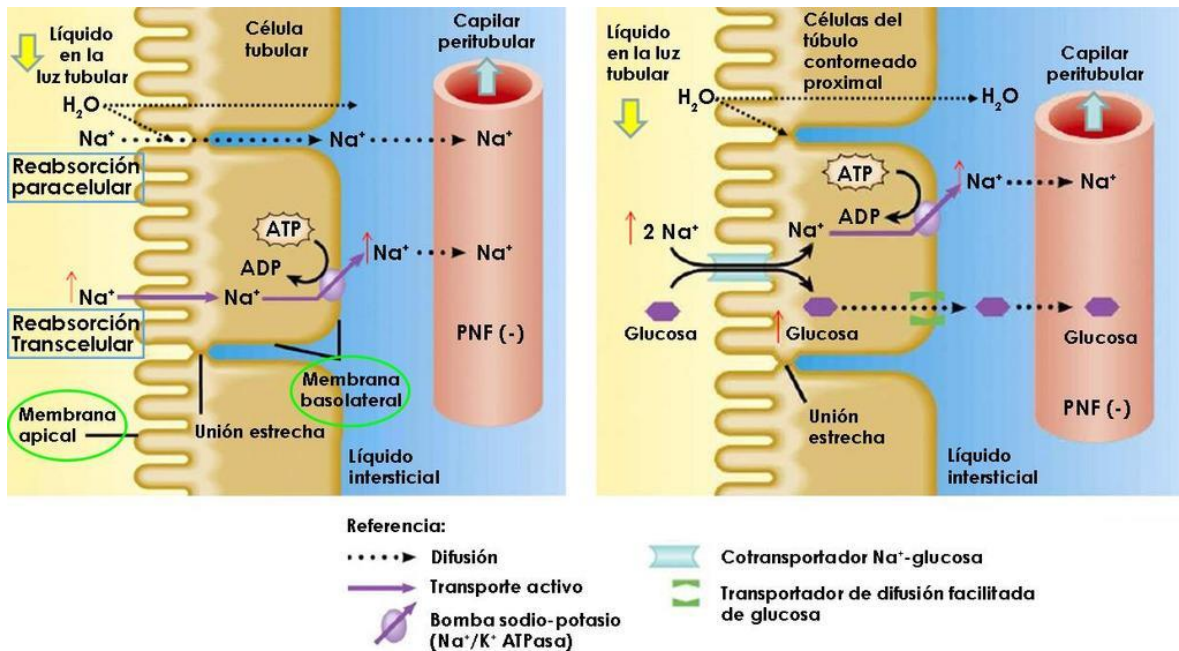


Ilustración 7. Reabsorción renal (Tortora & Derrickson, Principios de Anatomía y Fisiología, 2006)

El ultrafiltrado glomerular (UFG) u orina primitiva, formado por el proceso de filtración glomerular en los capilares glomerulares, contiene las mismas concentraciones de solutos y nutrientes que el plasma (a excepción de las proteínas). Considerando la tasa de filtración glomerular (TFG) normal y la composición del UFG, sin el proceso de reabsorción tubular, se perderían grandes volúmenes de líquidos, sales y nutrientes que deberían reponerse (a la misma tasa a la que se pierden), para mantener la homeostasis del organismo. Gracias al proceso de reabsorción tubular el 99% de los componentes del UFG (agua, sales) se reabsorbe y solo un 1% se excreta en la orina. (Cavilla).

Los solutos reabsorbidos por procesos activos o pasivos son la glucosa, aminoácidos, urea e iones como el sodio, potasio, calcio, cloro, bicarbonato y fosfato (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006). La secreción es otro de los procesos que realiza la nefrona. En este proceso las moléculas que son demasiado grandes para ser filtradas por la capsula glomerular, estas simplemente siguieron su camino dentro del capilar. Estas sustancias son secretadas por los capilares y después son absorbidas por el túbulo hacia su interior. Las

principales sustancias son el amonio e hidrogeno, la creatinina y ciertos fármacos (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006). El producto de este proceso ya puede llamarse orina, aunque todavía contiene demasiada agua, el control del agua es llevada a cabo en el túbulo colector pero el cerebro es el responsable de la regulación. La hipófisis es la encargada de producir entre otras hormonas, la hormona antidiurética (ADH), también conocida como vasopresina. En circunstancias fisiológicas la osmolalidad plasmática se regula por dos mecanismos complementarios: la hormona antidiurética (ADH) y la sed. Cuando se produce una disminución de la osmolalidad por incremento del agua en el organismo se inhibe la sensación de sed y la secreción de ADH, siendo el exceso de agua eliminado por el riñón. Cuando aumenta la osmolalidad se libera ADH, que disminuye la pérdida de agua por el riñón, y aparece la sed, produciendo ingreso de agua por vía digestiva (López del Val, del Olmo, Diago, Alcazar, Hernández, & Vázquez, 2001).

Mediante los procesos explicados el riñón ya ha fabricado la orina y esta es llevada por el uréter hacia la vejiga para ser almacenada ahí hasta ser expulsada del cuerpo a través de la uretra. Ellos son los encargados de filtrar sangre y como producto final se forma la orina. De la mano de este proceso se da la regulación de la presión arterial. La presión arterial mide la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (National Institute of diabetes and Digestiveand Kidney Diseases, 2014) y esta es regulada mediante el sistema renina angiotensina aldosterona, este sistema es un complejo proceso para dar origen a una sustancia llamada angiotensina II. La renina es una proteína excretada por los riñones, esta, al unirse a otra molécula llamada angiotensinógeno forman una sustancia llamada angiotensina I, pero esta debe convertirse en angiotensina II para poder lograr su objetivo. La enzima convertidora de angiotensina ECA que se produce en el tejido pulmonar se encarga de que la angiotensina I pase a ser angiotensina II. El objetivo de la angiotensina II es la vasoconstricción es decir que las paredes de los vasos sanguíneos se estrechen y aumente la presión arterial. A su vez la angiotensina II va a estimular en las glándulas suprarrenales la producción de la hormona aldosterona, esta se encarga de reabsorber sodio y agua a través de los capilares de la nefrona que es donde se lleva a cabo la filtración de la sangre dentro del riñón, al ser reabsorbido el sodio y el agua el volumen sanguíneo se amplifica y por lo tanto la presión arterial aumenta (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006).

¿Qué es la IRC?

La insuficiencia Renal Crónica se define como la pérdida, y reducción progresiva e irreversible del filtro glomerular renal, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida. (Torres Zamudio, 2003). Para algunos autores la insuficiencia renal crónica es estrictamente la pérdida total de la función del riñón, es decir es la enfermedad en los estadios finales y para otros la IRC abarca todos los estadios de la enfermedad. En este trabajo se utilizará el termino Insuficiencia Renal Crónica (IRC) para referirnos al padecimiento.

Los riñones están diseñados para mantener un equilibrio adecuado de líquidos en el cuerpo, remover los residuos y eliminar las toxinas de la sangre. Los riñones producen orina que se encarga de transportar estos productos de eliminación y el exceso de líquido. También producen hormonas que estimulan la producción de glóbulos rojos en la médula ósea y fortalecen los huesos. El término insuficiencia renal describe una situación en la que los riñones han perdido la capacidad de llevar a cabo estas funciones eficazmente.

Debido a la falla y disminución del tamaño de los riñones la acumulación de los de niveles de residuos puede causar un desequilibrio químico en la sangre, que puede ser fatal si no se trata, también los pacientes con insuficiencia renal pueden desarrollar, con el tiempo, un recuento sanguíneo bajo o huesos débiles. (radiologyinfo.org, 2019)

La insuficiencia renal se puede manifestar de dos maneras, la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia renal aguda.

Insuficiencia renal crónica (IRC) Consiste en una destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal, existiendo hasta cinco estadios. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo. La insuficiencia

renal aguda (IRA) es un síndrome clínico de inicio rápido, apareciendo aproximadamente en horas o días y caracterizado por una pérdida rápida de la función renal con aparición de una progresiva azoemia (acumulación de productos residuales nitrogenados). Los constituyentes anormales presentes en la orina son azúcar, sangre, albúmina, cuerpos cetónicos, microorganismos que causan infecciones y cálculos renales (Tortora & Derrickson, El aparato urinario, 2006). La etiología es múltiple y aún en la actualidad la morbilidad y mortalidad es elevada. Su incidencia en pacientes hospitalizados es aproximadamente 5% y hasta de 30% en admisiones a Unidades de Cuidados Intensivos (Miyahira Arakaki, 2003). Se entiende por cuidados intensivos como la rama que se ocupa del paciente en estado crítico, que se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación (Aguilar García & Martínez Torres, 2017).

Causas de la IRC

Las causas de la insuficiencia renal crónica son variadas, aunque en la mayoría de los casos los riñones son afectados debido a que la persona presenta diabetes o hipertensión arterial. Datos de la compañía *Fresenius Kidney Care* (Fresenius kidney Care, 2016) indican lo siguiente:

La diabetes es una enfermedad crónica, en el cual hay altos niveles de azúcar en la sangre. La diabetes es la causa más común de enfermedad renal (Véase ilustración 9). La principal causa de insuficiencia renal en los EE. UU., sobre todo la diabetes tipo 2 (Forbes, 2015). Como ya se ha señalado, en México, según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 existen 8.6 millones de personas mayores a veinte años con un diagnóstico previo de diabetes y 15.2 millones de personas diagnosticadas con hipertensión arterial (INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública., 2018), esto quiere decir que un gran número de personas están en riesgo de padecer IRC, sin embargo hay quienes no saben que padecen estas enfermedades y no reciben algún tratamiento, entonces esto aumenta las posibilidades de tener una complicación como la IRC.

Hay tres grandes tipos de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en los niños, los adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.

Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.

Diabetes gestacional: es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. (Tango, 2019)

Otra de las principales causas es la hipertensión arterial también llamada presión arterial alta. La hipertensión se produce por el aumento en la fuerza de presión que ejerce la sangre sobre las arterias y es la segunda causa de insuficiencia renal. La relación entre la hipertensión arterial y la IRC es muy estrecha, los mecanismos que protegen al riñón cuando se presenta presión arterial alta son el reflejo miogénico y el feedback túbulo-glomerular (Santamaría Rafael, 2013). El reflejo miogénico es la capacidad de la arteriola aferente de adaptarse a cambios en la presión arterial, por ejemplo, cuando hay un aumento en la presión sanguínea, la arteriola se contraerá para evitar el aumento en la presión intraglomerular. El incremento en la presión intraglomerular y en el filtrado glomerular lleva asociado un incremento en la carga tubular de cloruro sódico, que es detectado en el túbulo distal por sus células, llamadas células de la macula densa. Cuando aumenta la carga tubular de cloruro sódico, se produce una vasoconstricción de la arteriola aferente, y como resultado reduce la presión intraglomerular y la tasa de filtrado glomerular (Santamaría Rafael, 2013).

También la glomerulonefritis es una afección que puede llegar a provocar IRC, esta enfermedad se trata de la inflamación de los glomérulos y provoca daño en los vasos sanguíneos que filtran la sangre en los riñones y puede acompañar el lupus o la diabetes o presentarse por sí sola.

La enfermedad renal poliquística es un trastorno en el que se forman grupos de quistes, principalmente en los riñones, que provocan que estos se agranden y dejen de funcionar con el paso del tiempo. Los quistes son sacos redondos no cancerosos que contienen líquido. Varían en tamaño y pueden llegar a ser muy grandes (Clinica Mayo, 2018). La enfermedad renal poliquística provoca una acumulación de quistes en los riñones que deriva en IRC. Es un proceso hereditario que se transmite de forma autosómica dominante y se trata de un defecto en la formación de los túbulos renales (Royo, 2019). Otras causas son el abuso de medicamentos o drogas ilícitas, enfermedades del sistema inmunológico (VIH, SIDA), lupus, cáncer e infecciones graves.

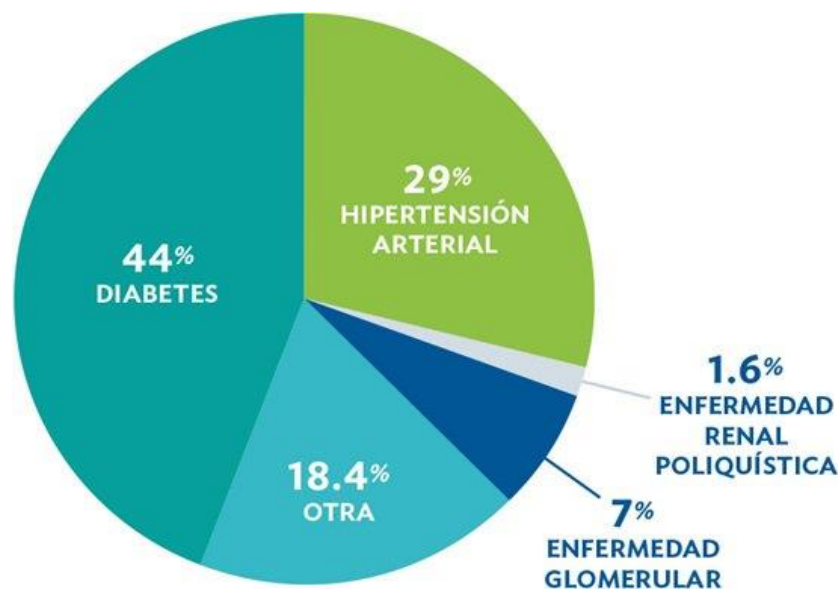


Ilustración 8 Porcentaje de las causas de la IRC (forbes, 2015)

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad silenciosa, que en muchos casos se ignora por completo. En ocasiones la persona ya se encuentra en alguna de sus etapas porque los síntomas comienzan hasta ya avanzada la enfermedad. Sin embargo, las personas pueden saber si corren el riesgo de padecer IRC teniendo la información oportuna y adecuada. El Sistema de Salud Mexicano tiene la obligación de informar a la población de los riesgos que conlleva tener diabetes e hipertensión, además de realizar un seguimiento del funcionamiento de los riñones de estos pacientes ya que las cifras recientes muestran que un gran número de personas viven con hipertensión y diabetes.

Por lo menos en el 50% de los pacientes con diabetes aparecerá la microalbuminuria positiva, el signo más precoz de nefropatía diabética, caracterizada por la excreción de pequeñas cantidades de albúmina en la orina. De este 50%, aproximadamente un tercio va a desarrollar una enfermedad suficientemente severa como para llegar a la etapa terminal, y requerir, por lo tanto, tratamiento dialítico y trasplante renal. La detección precoz de estos pacientes optimizaría no sólo las posibilidades de tratamiento, sino que permitiría retrasar la progresión y potencialmente disminuir la morbimortalidad, reduciendo también los costes sanitarios. La mayoría de guías recomiendan la detección de ERC en pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o enfermedad cardiovascular (Naranjo Casamor, Casamor Cabrera, Casamor Lescaille, Abreu González, & Román Cabrera, 2018)

Estadios de la insuficiencia renal crónica

Existen cinco estadios para la insuficiencia renal crónica, estos se basan en la funcionalidad del riñón y se puede detectar en qué fase o estadio se encuentra la persona mediante un análisis de orina en el que se pone atención al FG (filtrado glomerular) (Véase ilustración 9). En este estudio se calcula la cantidad de sangre que pasa por los glomérulos por minuto, para ello se tiene que recolectar una muestra de sangre del paciente. Según la *National Kidney Foundation*, los resultados normales van de 90 a 120 mL/min/1.73 m². Las personas mayores tendrán niveles de TFG por debajo de lo normal, debido a que dicha tasa disminuye con la edad (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 2019).

El estadio 3 de la IRC o ERC (Enfermedad Renal Crónica) se suele subdividir en los estadios 3a y 3b. Por agruparlos de un modo sencillo diríamos que los estadios 1 a 3a se pueden denominar estadios iniciales los estadios 3 a 5 se denominan estadios avanzados. En la siguiente imagen se pueden observar los estadios y el filtrado glomerular que los determina.

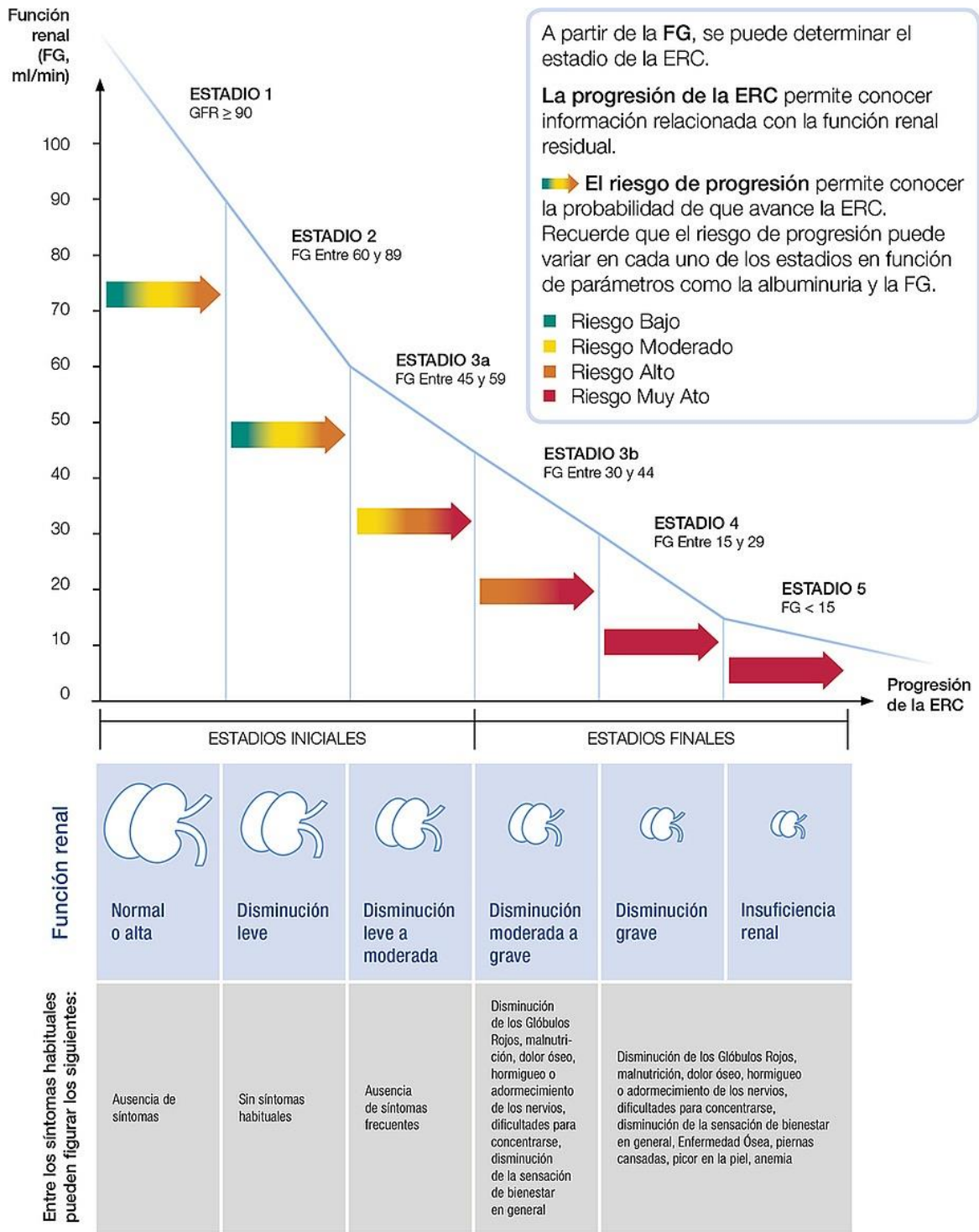


Ilustración 6. Estadios de la enfermedad renal crónica (Fresenius Medical Care España, 2019)

Como se ha mencionado, las etapas de la enfermedad renal crónica se pueden medir mediante un análisis de sangre calculando la tasa de filtrado glomerular (TFG), este examen

indica que tan bien están limpiando los riñones la sangre. Esta enfermedad es progresiva, es decir que con el paso del tiempo los riñones se van deteriorando hasta derivar en insuficiencia renal crónica.

Etapa de la ERC	Descripción	Posibles signos y síntomas	TFG
Etapa 1	Daño renal con función renal normal	Hipertensión arterial, hinchazón de las piernas, infecciones de las vías urinarias o análisis de orina anormales	90 o mayor
Etapa 2	Leve pérdida de la función renal		89–60
Etapa 3	3a: Pérdida de la función renal de leve a moderada; 3b: Pérdida de la función renal de moderada a grave	Recuento sanguíneo bajo, desnutrición, dolor de hueso, dolor inusual, entumecimiento u hormigueo, disminución de la agudeza mental o sensación de malestar	3a: 59-45 y 3b: 44-30
Etapa 4	Pérdida de la función renal grave	Anemia, disminución del apetito, enfermedad ósea o niveles sanguíneos anormales de fósforo, calcio o vitamina D	29–15
Etapa 5	Insuficiencia renal y necesidad de diálisis o trasplante	Uremia, fatiga, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, niveles anormales de tiroides, hinchazón de las manos/piernas/ojos/zona lumbar o dolor en la zona lumbar	Menos de 15

Tabla 1. Los 5 estadios de la enfermedad renal crónica. Tomado de Fuente especificada no válida.

CAPITULO II EPIDEMIOLOGIA

La insuficiencia renal crónica IRC, es una enfermedad que en los últimos años ha sido catalogada como una epidemia a nivel mundial y ha tendido una mayor incidencia en la población mexicana. Cifras del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) muestran que la segunda causa de muerte de personas de entre 30 a 59 años de edad es por complicaciones de la diabetes mellitus y la fundación mexicana del riñón menciona que las principales causas de la insuficiencia renal son diabetes mellitus, hipertensión arterial, nefritis, estrés, inadecuada alimentación, obesidad y factores hereditarios. Además de que existe un alta prevalencia de obesidad y diabetes, estrechamente relacionadas con l IRC (Véase ilustración 10).



Ilustración 10. Prevalencia de diabetes y obesidad en México (Federación Mexicana de Diabetes, A.C, 2019)

La encuesta de salud y nutrición 2016 reportó que hay 31 millones de mexicanos con hipertensión, es decir una de cada cuatro personas y cerca del 40% ignora tener esta enfermedad (Gaceta UNAM, 2019). Esto se debe a que la hipertensión arterial es un padecimiento que puede llegar a no presentar síntomas, sin embargo las personas que si presentan síntomas tienen dolor de cabeza, intenso mareo, zumbido de oídos, sensación de ver lucecitas, visión borrosa, dolor en el pecho y/o lumbar y tobillos hinchados (IMSS, 2015). Debido a la alta prevalencia de diabetes e hipertensión arterial en México, gran parte de la población está en riesgo de padecer insuficiencia renal.

La fundación mexicana del riñón indica que existen en México alrededor de 140,000 pacientes con IRC, este dato muestra que aproximadamente el 0.11% de la población total del país sufre este padecimiento, de los cuales sólo el 50% tienen la oportunidad de ser atendidos en el sector salud público y el resto tiene que buscar alternativas en unidades privadas. En el país hay 65 mil personas que son atendidas con tratamiento continuo de diálisis peritoneal (Juan Tamayo, 2016).

La tasa de crecimiento de la IRC, descontando los decesos, ha sido aproximadamente del 11% anual en los últimos 10 años (Gaceta del senado, 2016), entonces cada año hay aproximadamente 15,400 enfermos renales nuevos. Esto es tan grave que en diez años se podría superar el doble del número de personas que actualmente viven con este padecimiento.

En sus tres principales instituciones de salud, México contaba en 2010 con 461 unidades de hemodiálisis, cifra que se traduce en 4.04 equipos por millón de habitantes. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentró 64% de estas unidades, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 25% y la Secretaría de Salud 11%. En los hospitales de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) existen 46 unidades de hemodiálisis, mismas que se concentraron en 22 entidades de la República Mexicana. Acotando el análisis únicamente a los SESA, Baja California Sur cuenta con una unidad de hemodiálisis y Campeche cuenta con dos unidades para atender a su población de responsabilidad, con lo que el indicador de disponibilidad se ubica en estos estados en alrededor de 5 equipos por millón de habitantes

sin seguridad social. De acuerdo con las fuentes consultadas, 14 SESA no cuentan con unidades de hemodiálisis: Baja California, Chiapas, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Yucatán y Zacatecas. (Salud, Secretaria de, 2011)

En México 82.2 por ciento de la población está afiliada a alguna institución de salud, informó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. El 49.9 por ciento contaba con Seguro Popular, el 39.2 por ciento están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), según la Encuesta Intercensal 2015. Mientras que 7.7 por ciento es derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y 3.3 por ciento de alguna institución privada. En tanto que 1.2 por ciento cuentan con servicios de salud que ofrece Petróleos Mexicanos o las secretarías de la Defensa Nacional o la Marina-Armada de México; y 1.6 por ciento de otra institución de salud pública o privada. (NTX, 2018)

La mayoría de los habitantes del país cuentan con alguna afiliación para ser atendidos ante una situación donde se vea vulnerada su salud. El extinto seguro popular ha fue una de las alternativas de la mayoría de las personas beneficiadas, sin embargo, esta opción excluía a las enfermedades renales y sus tratamientos. Las cifras indican que no se cuenta con la infraestructura ni los equipos suficientes para atender la demanda de pacientes con IRC que necesitan el tratamiento de hemodiálisis, aunque cuente con un servicio de seguridad social como el IMSS o ISSSTE. Actualmente la población que no cuenta con seguridad social podrá ser atendida en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que sustituye al Seguro Popular, pero este brinda solo en el primer nivel de atención a la salud, es decir es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación y el segundo nivel en donde se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, &

Sosa, 2011) . El tercer nivel de atención en salud aún está pendiente por incorporarse al INSABI pero se prevé que sea brindada la atención próximamente de manera gratuita, incluyendo la hemodiálisis, sin embargo hasta el momento las personas con insuficiencia renal que requieran un tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal que no tengan acceso a ningún tipo de atención en salud, sobre todo en el tercer nivel de atención tendrán que esperar.

La IRC tiene un impacto negativo para la economía del individuo enfermo y para su familia, ya que el costo anual promedio directo en el sector público por el tratamiento de un individuo en hemodiálisis es de \$158, 964.00 M. N. (Duran Arenas, 2011) y desafortunadamente las unidades públicas que atienden este padecimiento se encuentran en su mayoría saturadas, por lo que acuden a los hospitales y clínicas privadas en donde el costo del tratamiento aumenta. Se estima que el 40 % de la población con enfermedad renal no diagnosticada fallecerá antes de entrar en un programa de diálisis. Por tanto, estos pacientes tienen más probabilidades de morir por una complicación secundaria a la ERC que de entrar en un programa de diálisis. La supervivencia global evaluada para los pacientes en diálisis es de un 12,9 % a los diez años, a pesar de los avances técnicos del tratamiento (Naranjo Casamor, Casamor Cabrera, Casamor Lescaille, Abreu González, & Román Cabrera, 2018).

Tratamiento

La insuficiencia renal crónica es un padecimiento que no se puede revertir, sin embargo, existen tratamientos que retrasan el daño renal en estadios iniciales y en los estadios finales el tratamiento sustitutivo puede ayudar al paciente a alargar y tener una mejor calidad de vida. El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, menciona en una de sus guías prácticas sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento sobre la IRC “Se puede retrasar la progresión de enfermedad renal crónica y la necesidad de terapia de reemplazo si se identifica a la Diabetes, la severidad de la proteinuria y un nivel de bicarbonato sérico bajo como los factores de riesgo más importantes para la progresión rápida de la enfermedad” (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

En el estadio 5 de la IRC se necesita ya de un tratamiento sustitutivo del riñón como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. La hemodiálisis depura y filtra la sangre usando una

máquina para eliminar temporalmente los desechos peligrosos del cuerpo, y el exceso de sal y de agua. La hemodiálisis ayuda a controlar la presión arterial y ayuda a que el cuerpo mantenga el equilibrio adecuado de sustancias químicas importantes, tales como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato (NIH, 2013). La hemodiálisis utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para filtrar la sangre. El dializador es un cilindro conectado a la máquina de hemodiálisis. Durante el tratamiento, la sangre llega a través de unos tubos hasta el dializador, el cual filtra los desechos y elimina el exceso de sal y agua. Luego, el dializador elimina los desechos. Por lo general las hemodiálisis se realizan tres veces a la semana y cada tratamiento dura de 3 a 5 horas o más.

Los dos tipos de acceso vascular para hemodiálisis más utilizados en la actualidad son los catéteres venosos centrales y las fístulas arteriovenosas. Éstas pueden ser autólogas anastomosis o la unión entre una arteria y una vena superficial o protésicas hechas con un puente de material protésico entre una arteria y el sistema venoso profundo. (Almonacid Jimenez, 2010). El catéter venoso central, que es un tubo de plástico que se coloca en una gran vena central en el cuello, en el tórax o en la ingle. La mayor parte de los catéteres son tunelizados; van por debajo de la piel del pecho y se introducen en una vena del cuello. La parte que se utiliza para la hemodiálisis sobresale de la piel del pecho y está compuesto por dos tubos en forma de “Y” con una tapa en cada extremo. (Catéter para Hemodialysis, 2009). Los accesos vasculares son necesarios para poder tomar el tratamiento de hemodialisis ya que son la salida y la entrada de la sangre del cuerpo del paciente.

La mayoría de los catéteres son temporales, para semanas o meses, hasta que esté listo un injerto o una fístula. Algunas personas que se realizan hemodiálisis no tienen otras opciones y deben utilizar un catéter todo el tiempo. La fistula consiste en un procedimiento quirúrgico en donde se realiza la unión de una vena y una arteria y que sirva de acceso al sistema vascular del paciente y poder tomar el tratamiento de hemodiálisis.

La diálisis peritoneal consiste en retirar el desecho y el líquido excedente a través de los vasos sanguíneos que cubren las paredes del abdomen, esto implica colocar una sonda (catéter) suave en la cavidad abdominal y llenarla de líquido limpiador (solución de diálisis). Esta solución contiene un tipo de azúcar que saca el desecho y el líquido

excedente. El desecho y el líquido pasan por sus vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta la solución. Luego de un período de tiempo determinado, la solución y el desecho se drenan y se descartan. (Biblioteca Nacional de medicina de los EE.UU., 2019).

El diagnóstico y prevención son fundamentales para el pronóstico, y de los enfermos dependerá de la futura necesidad de tratamiento sustitutivo renal en estos pacientes, ya que como consecuencia de dicha enfermedad cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis, y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

Cuando el paciente ya se encuentra en estadios muy avanzados de la enfermedad y es necesario un tratamiento de sustitución, es ineludible crear una estrategia que permita una mayor adherencia al tratamiento y que conozca de qué se trata cada una de las opciones disponibles para la mejora de su calidad de vida y su salud. Un artículo de la sociedad española de nefrología (Costa Requena, Moreso, Cantarell, & Serón, 2017) menciona:

La ERC es una gran desconocida, incluso entre los pacientes que la padecen, que a menudo no son conscientes de ello. En pacientes en diálisis, las mayores puntuaciones en alfabetización en salud se asocian con conductas favorecedoras de la adherencia y menores costes del tratamiento. La relación entre alfabetización en salud y adherencia al tratamiento viene modulada por el conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad, esto es, la adecuada alfabetización en salud propicia mayor conocimiento sobre la enfermedad renal y favorece las conductas de adherencia al tratamiento.

Además existe una confusión sobre el tratamiento de diálisis peritoneal que los lleva a negarse a recibir este tratamiento debido a que creen que no tienen ningún beneficio para su salud, si no que por el contrario, los pacientes creen que con este tratamiento morirán en poco tiempo o simplemente no funciona de acuerdo a su estilo de vida. Sin embargo aunque hay diferencias considerables entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis ambas son tratamientos eficaces que tendrán grandes beneficios a su salud. Se realizó un estudio en donde se compararon la hemodiálisis con la diálisis peritoneal en 42 pacientes con cuatro años de tratamiento y las conclusiones de dicho estudio mencionan:

En pacientes con diálisis peritoneal el puntaje es mejor que en pacientes en hemodiálisis en cuanto a efectos de la enfermedad renal. También se observó menor puntaje en pacientes en diálisis peritoneal vs hemodiálisis en carga de la enfermedad renal, área de efectos mentales, efectos físicos y área de síntomas, sin diferencia estadística. Tampoco hubo diferencia significativa en diálisis a largo plazo (más de cuatro años) entre ambos grupos. Por tanto, el médico y el paciente deben encontrar la modalidad de diálisis que se ajuste mejor a sus necesidades y estilo de vida.

Se muestra un diagrama en el cual se determinan los criterios de inclusión para realizar los exámenes para determinar si el paciente padece IRC (Véase ilustración 11), según el Instituto Mexicano del Seguro Social inician tomando en cuenta factores de riesgo, estos pueden ser: diabetes, tener sesenta años o más, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular o tener antecedentes familiares con IRC. Si se tienen uno o más de estos factores de riesgo, el paciente es candidato para realizarse los exámenes y pruebas para saber si padece la enfermedad renal crónica. Existen dos tipos de exámenes, uno de ellos es la tasa de filtrado glomerular que se determina mediante un cálculo aproximado de la cantidad de sangre por minuto que pasa a través de los glomérulos. Este examen se realiza a través de una muestra de sangre del paciente. Si la cantidad de sangre que filtran los glomérulos es de 30 a 60 ml/min, en quince días se realiza otro examen llamado cociente de albumina creatinina, si este estudio no lo confirma se tienen que realizar un seguimiento en tres meses, pero además de los estudios de orina, se realiza un examen de imagen ecografía. El cociente albumina creatinina consiste en un examen de orina de 24 horas, como su nombre lo indica, el paciente deberá recolectar su orina por 24 horas empezando a partir de que el paciente orine por segunda vez en la mañana después de levantarse. Esta prueba hace una medición de la proteína llamada albumina que se encuentra normalmente en la orina, esta se compara con la creatinina que es un producto de desecho de la sangre. Normalmente el cuerpo filtra la creatinina de la orina a un ritmo constante; por lo tanto, comparar el cociente entre la albúmina y la creatinina en la misma muestra de orina ayuda a determinar si el cuerpo está excretando albúmina en mayor medida de lo normal. Si la albumina presente a la orina es mayor a 300 mg/g se tienen que canalizar de inmediato al paciente a

nefrología. Si los resultados arrojan que la cantidad de albumina es de 30 a 300 mg/g se tiene que dar seguimiento en 3 meses y repetir el examen.

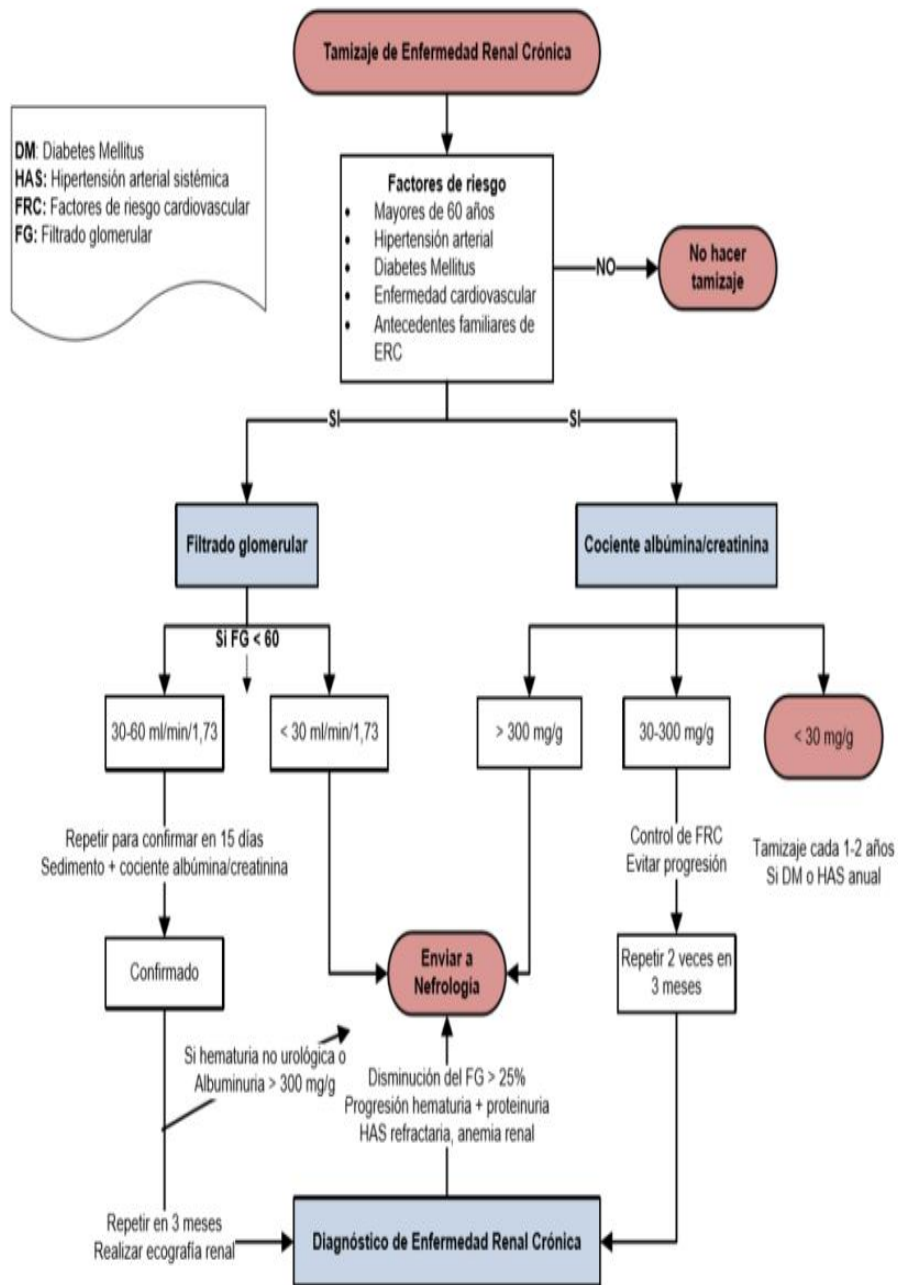


Ilustración 11. Tamizaje de enfermedad renal crónica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

Para la clasificación de la IRC se deben realizar los exámenes de orina y de la tasa de filtrado glomerular, con este estudio se puede saber la magnitud del daño renal y el estadio o etapa en que se encuentra el paciente y poder brindarles un seguimiento y el tratamiento adecuado conforme a sus necesidades. También una prueba de imagen ecografía¹, se aprecia que el riñón ha disminuido de tamaño y presenta una alteración en su estructura habitual. Se observa un adelgazamiento de la corteza renal y puede ser útil para el diagnóstico de posibles causas como las litiasis, algunos tumores, quistes, etcétera. Mediante la ecografía Doppler se determina el flujo sanguíneo tanto en la arteria renal como en la vena, permitiendo estimar una posible estrechez en el aporte sanguíneo. (Rubio, 2018). Como se ha observado existen variados exámenes para tener un monitoreo del riñón, sin embargo este siempre es dirigido a observar el daño, no para la prevención o detección temprana de la IRC.

¹ Una ecografía, es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo.

CAPITULO III PROMOCION DE LA SALUD

Antecedentes históricos de la promoción de la salud

Cada sociedad tiene una concepción diferente acerca de la salud. Las costumbres, significados e ideales de cada pueblo construyen una percepción y concepción ya establecida sobre la salud y sobre cómo mantenerla. Desde que el hombre comenzó a existir ha buscado la manera de cómo salvaguardar su vida y la de su familia. Conforme fue evolucionando el cerebro de los homínidos también evolucionaron sus habilidades, comenzaron con la invención de instrumentos y herramientas de caza hasta formar asentamientos y comenzar con la agricultura para alimentarse y poder sobrevivir, en los primeros homínidos la cultura evoluciono en paralelo con la biología de forma que la magnitud de sus realizaciones culturales se correlacionan estrechamente con el aumento de las medidas de su capacidad craneal (Gonzalez, 2002). También existen prácticas para tener influencia sobre la salud que hasta la fecha se realizan, como rituales y amuletos para ahuyentar las “malas energías” y preservar la salud, esto como parte de la cosmovisión y cultura de pueblos indígenas, López y Teodoro mencionan (Lopez Hernandez & Teodoro Mendez, 2006) que entre los recursos que el médico indígena ha integrado a su práctica médica destacan: el uso de la cruz, en los rezos mencionar a diferentes santos y a Jesucristo, el uso de velas, refrescos y en algunos casos medicinas de patente; lo mismo se hace con diferentes plantas que son usadas por sus eficaces recursos terapéuticos.

A lo largo de la historia se han tomado acciones que lleven a tener a las personas un control sobre su propia salud, los romanos con los balnearios buscaban a través de las aguas la cura a ciertas enfermedades: En los balnearios la clientela constó mayoritariamente de enfermos, personas en una situación límite, máxime en un mundo como el grecorromano en el que la enfermedad se estima como consecuencia de un hábito de vida erróneo (desde el punto de vista de la medicina culta)" o como consecuencia de una imaginaria incorrección frente al sutil equilibrio entre hombres, dioses y otras potencias intermedias entre ambas categorías, desde el punto de vista de lo que magistralmente Luis Gil estudió como medicina popular (Velazco, 1992). En Mesoamérica la percepción no era muy distinta a la de los antiguos romanos, en la mayoría de las ciudades del México prehispánico contaban ya con drenaje y agua potable, además las personas lavaban a diario su cuerpo con jabones y cuidaban de los

olores personales con desodorantes elaborados por ellos mismos, diversas investigaciones respaldan la información mencionada, (Ortíz, 2005) menciona:

Un segundo requisito para una buena salud son servicios públicos adecuados, que incluyen agua potable, drenaje e higiene pública y personal. Teotihuacan, varias ciudades Mayas y Tenochtitlan tuvieron agua potable y drenaje. Los habitantes de Tenochtitlan recolectaban la basura y lavaban sus calles diariamente. La higiene personal también era muy importante, como muestran las referencias a la higiene en el Códice Badiano y las recetas para jabón, desodorantes, dentífricos y productos para refrescar los alientos ahí mencionados.

Además de utilizar el temazcal para purificar el interior del cuerpo: Tales edificios, que sabemos se utilizaban como baños de vapor de forma similar a la que en la actualidad sigue usando la población indígena, responden a una triple función: higiénica, terapéutica y ceremonial. Esto los convierte en nexos entre lo terrenal y lo sobrenatural; lugares donde se rinde culto tanto al cuerpo como a las deidades (Matarredonda Desantes, 2014).

Con el paso del tiempo y los avances tecnológicos han permitido que los alcances de las acciones para preservar la salud hayan sido mayores tanto las necesidades individuales y como población, con ello la medicina social en el siglo XIX trajo consigo la relación entre las condiciones de vida y la salud. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles circunstancias en que los trabajadores se encontraban, incluyendo mujeres y niños, que acarrió como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano (Restrepo, 2002). En este periodo se realizaron varios estudios en donde se encontraban enfermedades propias de los trabajadores y las críticas condiciones en que las industrias mantenían a los empleados.

En ese siglo, el patólogo alemán Rudolf Virchow fue reconocido como el padre de la medicina social. Virchow, fue elegido para estudiar una epidemia de tifo en la provincia de Silesia en 1847 y 1848. Las recomendaciones de dicho informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta, tuvieran “*completa e ilimitada democracia, o educación, libertad, y prosperidad*” (Restrepo & Malaga, 2001). En

términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la Promoción de la Salud (PS) reconoce hoy como prerequisites para ser saludables:

Que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia/Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas); es decir que se "empoderaran" esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy.

El salubrista Henry Sigerist planteó por primera vez el concepto de promoción de la salud en 1945. Este término era uno de los cuatro ejes en donde se debía basar la medicina: Promoción de la salud, prevención de las enfermedades, restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. Sigerist, explica que la salud requiere primero que la población cuente con condiciones decorosas para la vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso; ya que es a partir de estos factores como se puede promover la salud. Para que esto sea posible se debe suponer el esfuerzo coordinado de los políticos, la iniciativa privada, los educadores, los médicos y en general las organizaciones que conforman la estructura social (Hernández Xochipa, 2013).

Los enfoques de salud pública y de promoción de la salud centrados en los determinantes de la salud también estaban en la propuesta de McKweon, que fundamentó la promoción de la salud de un punto de vista histórico tomando en cuenta la economía, el estándar de vida y la nutrición, ideas que dominaron en el campo en Europa de 1950 a 1970 (Hernández Xochipa, 2013).

Otro importante hito relacionado con la evolución de la promoción de salud lo constituyó la Conferencia Internacional en Atención Primaria en Salud en Alma Ata, celebrada en Kazajistán en 1978. Esta conferencia exhorta a la urgente y eficaz acción internacional, a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al nuevo orden económico internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS, el UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen el compromiso de promover

la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo (Coronel Carbo & Marzo Páez, 2017). Sin embargo en los pacientes con IRC la atención hacia su salud se centra ya en el ámbito hospitalario de atención al tercer nivel a la salud, es decir que busca atención médica especializada cuando la enfermedad está ya muy avanzada, más que en el primer nivel de atención en donde puede prevenirse esta enfermedad.

En 1986 se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa Canadá, y de ella se emitió un documento denominado “Carta de Ottawa” en ella se plantearon puntos estratégicos para dirigir a la población hacia un bienestar social. En ella también se planteo un concepto de promoción de la salud:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse a medio ambiente. La salud se percibe pues no como el objetivo si no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente a sector sanitario (Organización mundial de la salud, 1986).

Las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud organizadas por la OMS han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia, y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización Ottawa, 1986, y Bangkok, 2005. En ellas se han examinado la formulación de políticas públicas saludables Adelaide, 1988 y la creación de entornos propicios Sundsvall, 1999, así como la creación de capacidad para la promoción de la salud y su función a la hora de abordar los determinantes de la salud Yakarta, 1997, México, 2000, Bangkok, 2005, Nairobi, 2009, Helsinki, 2013 y Shangai 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Promoción de la salud

Retomando el concepto de promoción de la salud, se puede entender como un fenómeno social en el que la salud puede verse reflejada en las comunidades a través de acciones colectivas que promuevan ambientes saludables, sin embargo existen ciertas limitaciones para lograr un equilibrio en la salud de las personas, el incorrecto planteamiento de las políticas públicas, el mal manejo de los recursos para la mejora del entorno y la falta de acceso a la educación frenan el bienestar de la población. El proceso salud enfermedad no es un fenómeno aislado, sino más bien se podría decir que son reacciones en cadena que influyen directamente en la salud o en las enfermedades de cada una de las personas. No solo se tendrían que tener un modelo de atención a la salud eficiente para mantener el bienestar físico, sino que se tendría que estudiar a fondo las verdaderas necesidades de la población para poder entender a su gente, desde su cultura hasta las políticas que los rigen y poder brindar verdaderamente los padecimientos de cada región del país y en palabras de Malheiro y Arruda: La información obtenida indica que la atención proporcionada a los clientes dependientes de hemodiálisis debe trascender el tratamiento tradicional biomédico centrado en la enfermedad. Necesita, por lo tanto, que atienda las especificidades de la persona como un todo, como un ser biopsicosocial, contribuyendo así a la mejora de la calidad (Malheiro Oliveira & Arruda Soares, 2012). Es de importancia saber que el paciente renal tiene necesidades psicológicas, ya que esta enfermedad trae consigo significativos cambios en su estilo de vida.

La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (OMS, 2016), en otras palabras la definición de promoción de la salud, son procesos que se confieren a la población o individuo, cuáles son los medios necesarios, para mejorar su salud y ejercer un mayor control ya que hay procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos, así como sociales que involucran a establecer una calidad de vida.

Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayuda a promover y proteger salud, estos cambios incluyen modificaciones

en las comunidades y en los sistemas de salud. Los entornos saludables, son un enfoque importante de la promoción de la salud, y que es un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un sistema completo (OMS, 2016). La promoción de la salud tiene cinco ejes en los cuales se basa para llevar a cabo acciones: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macias Ladino, Valencia Garces, & Palacio Rodríguez, 2010) La Organización Mundial de la Salud considera que la promoción de la salud es un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Desde el año 1986, la Organización Mundial de la Salud celebra conferencias internacionales en diferentes partes del mundo, en ellas se discuten estrategias de promoción de la salud para la mejora de la salud de la población del mundo. En la siguiente tabla se describen los principales puntos que se discutieron en las conferencias que se han llevado a cabo:

País / Año	Acontecimiento
Ottawa (1986)	Se consideró que la promoción de la salud era una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndose como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones.
Adelaida (1988)	Se enfatizó tanto la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud como la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud. En esta conferencia se destacó que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables ante su población de las políticas existentes o de las consecuencias de la falta de las mismas.

Sundsvall (1991)	Se puso de relieve la necesidad de la creación de ambientes favorables a la salud que pudiesen ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. La finalidad fue que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud en lugar de dañarla.
Jakarta (1997)	Se destacó la creación de oportunidades que aumenta en la capacidad para promover la salud y el papel de la promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social, la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.
México (2000)	Se persiguió asegurar un progreso constante al abordar las inequidades en salud empleando el concepto y las estrategias de promoción de la salud, y considerando los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud en los ámbitos local, nacional e internacional. Esta declaración consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países.
Bangkok (2005)	Se identificaron los retos, las acciones y los compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones que son críticas para el logro de la salud. Se destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales con compromisos no solo de ámbito local sino también mundial.
Nairobi (2009)	Se realzó la importancia de que se redujese la distancia existente entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la salud. En esta conferencia se definieron las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, identificando la promoción de la salud como un elemento clave para lograrlo.
Helsinki (2013)	Se revisaron las experiencias del compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas». Se consideró que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación
	Se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas. Prioriza las actividades de promoción de la salud en tres esferas: 1) reforzar la buena

Shanghai (2016)	gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud. Estas tres esferas constituyen puntos de partida cruciales para incidir de manera significativa, mediante enfoques que abarquen a todos los sectores gubernamentales y a toda la sociedad, en el entorno vital y los ámbitos cotidianos de las personas, así como en la capacidad de estas para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella
-----------------	--

Tabla 1. Conferencias mundiales sobre promoción de la salud, principales aportaciones (Observatorio de Biopolítica, 2017)

Así, la promoción de la salud no se centra únicamente en capacitar a los individuos trabajando sus conocimientos, actitudes y habilidades, sino que tiene en cuenta las esferas políticas, sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud y el bienestar y que el individuo como parte de la población no puede controlar directamente. En la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986, organizada por la OMS, se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones. Las posteriores conferencias mundiales, celebradas en Adelaida 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, México 2000, Bangkok 2005, Nairobi 2009, Helsinki 2013 y Shanghai 2016, han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud. Si bien las conferencias internacionales sobre promoción de la salud han determinado las acciones que los gobiernos deben llevar a cabo para que las personas tengan un mayor control sobre su salud no siempre se han podido alcanzar los objetivos. La carta de Ottawa plantea:

‘Las condiciones y requisitos para la salud son: a paz, la educación a vivienda. La alimentación, la renta, un ecosistema estable la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.’ (OMS)

Los prerequisites mencionados, son algo básico para la subsistencia de cualquier ser humano y fehacientemente la alimentación es la base de la vida para cualquier ser vivo, sin embargo, no para toda la población mexicana es posible acceder al alimento hablando de comida que favorezca a la salud y que cubra todas las esferas de la nutrición adecuada para el ser humano, esto se puede inferir debido a que México es ya el segundo país en el mundo con mayor tasa de obesidad en sus ciudadanos y de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, México ocupa el primer lugar en el mundo en obesidad infantil., como se ha mencionado, la obesidad favorece a padecer diabetes, hipertensión arterial y con ello las complicaciones pueden llegar a derivar en enfermedad renal crónica.

El problema de la insuficiencia renal crónica (IRC) en México todavía no ha sido reconocido como un problema de salud pública, esto es evidente ya que no se ha elaborado una estrategia para atender esta enfermedad. Juan Tamayo y Santiago Lastiri mencionan sobre la enfermedad renal:

Planteamos ante todo que se reconozca la enfermedad como un problema de salud pública y se actúe en consecuencia, ya que es desafortunado que no haya sido bien atendida (Tamayo & Lastiri, 2016).

En la conferencia de Adelaida en 1988 se plantea que se debe actuar en 5 áreas de a promoción de la salud:

- La construcción de una política favorable a la salud.
- La creación de los entornos adecuados.
- El desarrollo de las habilidades individuales.
- La potenciación de la acción comunitaria.
- La reorientación de los servicios sanitarios.

La creación de la política pública es necesaria para el desarrollo de los entornos adecuados, el desarrollo de las habilidades individuales, la potenciación de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios, es decir que es la base para que las cuatro áreas restantes tengan una guía para llevarse a cabo.

Ha habido numerosos estudios que demuestran que la diabetes tiene una estrecha relación con la insuficiencia renal crónica (IRC) y las personas pueden llegar a desarrollar problemas en los riñones, por ejemplo, en Jalisco, 44% de los diabéticos en un estudio fueron diagnosticados con la enfermedad renal crónica, dicho estudio fue realizado Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular), los Servicios Estatales de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, en conjunto con resultados obtenidos de la Fundación Mexicana del Riñón en el año 2011 (Juan Tamayo, 2016).

Al igual que en la conferencia de Adelaida 1988, en la conferencia llevada a cabo en Sundsvall 1991 se habló de la creación de ambientes propicios para la salud, en relación con la insuficiencia renal crónica se deben de tomar acciones en cuanto a la inminente globalización e industrialización ya que principalmente la ERC es causada por diabetes tipo 2 favorecida la alimentación con altos contenidos de azúcares. En cuanto a las personas que ya tienen IRC, poniendo como ejemplo el seguro popular, que es en donde la mayoría de los mexicanos que tienen acceso a la atención en salud, los beneficiarios no tienen cubierto el tratamiento de diálisis o hemodiálisis por lo tanto tienen que buscar en donde recibir el tratamiento y esto genera un desgaste en el bolsillo de los enfermos renales y un estrés que afecta su estado mental. En el caso de las personas con IMSS e ISSSTE no se atienden en las clínicas en donde tienen el acceso a la salud porque el tratamiento que cuentan en esas instituciones no se adapta a su estilo de vida y sus necesidades, además de que el sistema de salud público se encuentra siempre con un número de pacientes muy grande por el cual el acceso a la atención en salud se ve limitada y el ambiente no es propicio para los pacientes con insuficiencia renal crónica tal y como lo dicta la conferencia de Sundsvall.

Los factores que impactan directamente o indirectamente en la salud deben ser sometidos a revisión cada cierto tiempo, ya que como es bien sabido, con el cambio del contexto social surgen nuevos estilos de vida que influyen en la salud de las personas, tanto que el bienestar de cada uno no es un fenómeno aislado. Como lo menciona la conferencia de Yakarta 1997 varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de

comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos (WHO, 1997).

Como es el caso de la IRC, esta enfermedad ha surgido de un contexto en donde la industria, la tecnología y el capitalismo nos han alcanzado pero de forma negativa, las celulares, smart tv, computadoras tabletas electrónicas y videojuegos entre otros dispositivos, nos han vuelto sedentarios y el fácil acceso a las comidas industrializadas y el consumo por necesidad ha hecho que en México se desarrollen enfermedades crónicas.

La conferencia celebrada en México en el año 2000 tuvo como objetivo ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas, estimular la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad y lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales nacionales y locales. Actualmente la salud es una de las prioridades para la población, se ha logrado que se tenga acceso a la atención médica con el caso del Seguro Popular y ahora Instituto de Salud para el Bienestar, este último estará centrado en la atención primaria de la salud y en las redes integradas, que ya se han puesto en marcha en otros países. La Organización Panamericana de la Salud define las redes integradas de servicios de salud como redes de organizaciones que prestan o hacen los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve, sin embargo todas estas estrategias se centran en la enfermedad y dejan de lado la prevención de las enfermedades y sobre todo, la promoción de la salud no ha tenido eco en los sistemas de salud estatales y federales, tal y como se menciona también en la conferencia llevada a cabo en Nairobi 2009 a la promoción de la salud como estrategia para subsanar las deficiencias en salud y desarrollo. Sin embargo en el caso de la IRC la atención de estos pacientes se centra en el medio hospitalario más que en el primer nivel de atención a la salud, en donde se sitúa la promoción de la salud. Esto traería como consecuencia un menor número de casos de pacientes que requieran un tratamiento sustitutivo e diálisis o hemodiálisis.

La conferencia de Helsinki en el año 2013 tiene como eje central el enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP). La STP se basa en la comprensión de que las mejoras en la salud de la población y la acción sobre los determinantes sociales de la salud no pueden lograrse únicamente mediante un enfoque en las políticas del sector salud, sino que requiere la acción en diversos ámbitos de actuación. Además, reconoce que centrarse en el sector salud por sí solo no es suficiente para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, la protección de la salud y la gestión de la sostenibilidad financiera de los sistemas de atención de la salud (Región de Murcia, Consejería de Salud, 2017).

La última conferencia de Shangai en el año 2016, habla del empoderamiento de las personas para mantener el control sobre su salud. Una forma de empoderar es que las personas se apropien de información sobre el padecimiento que ya tienen y sus complicaciones, además de las principales enfermedades que en ese momento, desafortunadamente ya existen en la región en donde habitan para tomar decisiones que mejoren sus vidas. Boté menciona que:

Para poder facilitar la adopción de medidas de prevención de la progresión de la insuficiencia renal en estos pacientes así como mejorar la adherencia terapéutica, primero es preciso que los pacientes conozcan que padecen una IRC, por lo que creemos que la información y la educación sanitaria podrían desempeñar un papel importante ya desde la Atención Primaria (Boté, 2009).

Los pacientes con IRC no saben con exactitud en qué consiste la enfermedad, en el momento de su diagnóstico no han sido informados y se quedan con dudas y ellos buscan información que los confunde aún más. Así mismo, los enfermos renales no se dan cuenta de que padecen esa enfermedad hasta que se encuentra en un estadio muy avanzado porque es cuando empiezan los signos y síntomas más graves. Tratando de encontrar un tratamiento sustitutivo, los pacientes tocan puertas en instituciones públicas en donde en muchas ocasiones reciben un mal trato a pesar de ser derechohabientes y estas, en su mayoría ya se encuentran saturadas teniendo que recurrir a las clínicas privadas en donde el tratamiento es muy caro. Esto se pudo haber evitado si el paciente hubiera sabido las complicaciones que la diabetes y la hipertensión como principales detonadores de la IRC.

Determinantes de la Salud

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “*New perspectives on the health of Canadians*”, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población (Villar Aguirre, 2011)

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado son los determinantes económicos, sociales y políticos y
- Los de responsabilidad del sector Salud dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:
 - Aquellos relacionados con los estilos de vida. Los llamados factores ambientales.
 - Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones

Villar Aguirre, menciona que en 1974 se publicó el Informe Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son:

- Medio ambiente: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común,
- Estilos de vida: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- Biología humana: relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- La atención sanitaria: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

La interacción de los factores determinantes condicionan el bienestar físico y psicológico del individuo, esto define el desarrollo individual y también el de la población. Las determinantes de la salud de los pacientes con IRC han sido poco favorecedoras, ya que lo relacionado con la atención sanitaria se ve afectado al referir que los filtros que se utilizan para terapia sustitutiva en las clínicas privadas son lavados para poder ser reutilizados en la siguiente terapia lo que trae como consecuencia fuertes infecciones al paciente. También la accesibilidad a los tratamientos se ve limitada ya que en su mayoría las unidades de hemodiálisis están saturadas o simplemente no existe este tipo de tratamiento en la clínica a los que son derechohabientes. Los estilos de vida en los pacientes renales tienen que ser cambiados por hábitos nuevos, sobre todo en la esfera de la alimentación un paciente con insuficiencia renal debe tener un cambio radical en la dieta y el consumo de líquidos. Los cuidadores de los pacientes con IRC deben de aprender los hábitos nuevos para darles el debido acompañamiento, sin embargo la información es limitada, por el contrario, esta debe ser constante y dada por un profesional de la salud que pueda resolver todas sus dudas. El medio ambiente puede jugar en contra de estos pacientes ya que pueden adquirir infecciones fácilmente ya que el acceso vascular se encuentra parcialmente expuesto fuera del cuerpo y es muy fácil contraer, bacterias, partículas y gérmenes que afectan seriamente la salud del paciente.

Las determinantes de la salud se encuentran encadenadas. Un ejemplo son los malos hábitos que las personas puede tener, supongamos que una población en un país primermundista, con un sistema de salud bueno que tiene al alcance de su mano los alimentos para poder llevar una dieta rica en nutrientes y baja en componentes dañinos, decide no consumirlos para alimentarse con comida rápida ya que las exigencias de su ajetreada vida no le permite prepararlos en casa. Aunque su gobierno les brinde un buen sistema sanitario, si se sigue con los mismos hábitos, este podría colapsar debido a la alta demanda de pacientes con enfermedades provocadas por la mala alimentación. Si una de ellas tiene fallas se verá reflejado en la salud de las poblaciones, en el siguiente esquema se puede ver como las determinantes se encuentran enlazadas entre sí (Véase ilustración 12).



Ilustración 12. Interrelaciones entre los factores determinantes de la salud. (A. Galli, 2017).

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, es decir todo aquello que tenga influencia sobre la vida cotidiana y que afecte o beneficie la salud de la población. Las determinantes sociales de la salud incluyen políticas y sistemas económicos programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (Organización Mundial de la Salud, 2019). Se puede decir que las determinantes sociales de la salud son todos aquellos que existen en el contexto actual en donde vive la persona, es decir, el país, la época que se vive, la posición económica, la educación, la religión etc. y se ven reflejadas en la corporeidad de los individuos y en los colectivos. En el siguiente esquema se muestran las determinantes sociales de la salud. Las más cercanas al centro son aquellas que el individuo puede tener más control, entre más alejadas estén del centro son las que los gobiernos y los dueños de los medios de producción tienen control (Véase ilustración 13)

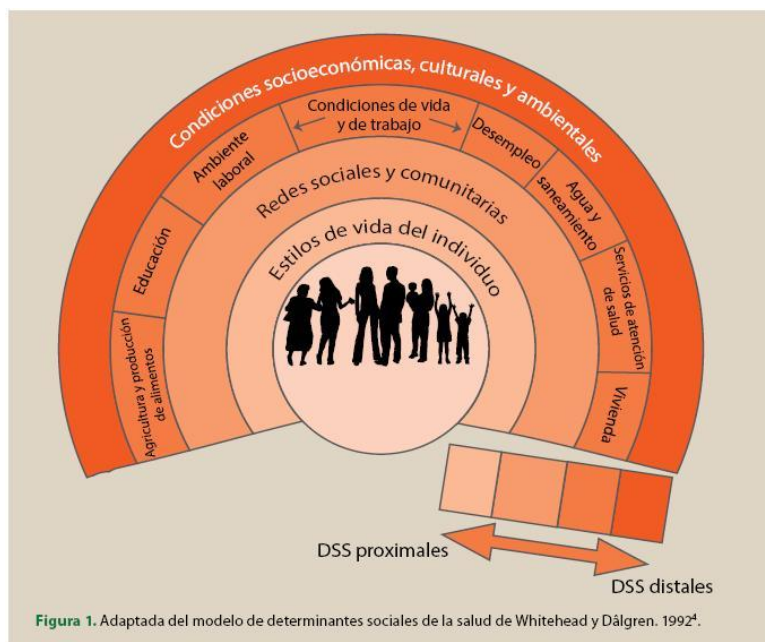


Figura 1. Adaptada del modelo de determinantes sociales de la salud de Whitehead y Dálgren, 1992⁴.

Ilustración 13. Determinantes sociales de la salud (Silberman, Moreno Altamirano, Kawas Bustamante, & González Almada, 2013)

Actualmente el sistema de salud dominante se limita a plantear la enfermedad objetivamente de la biología del individuo y no ve más allá, este se limita a imponer nuevas conductas para la mejora de la salud del paciente, sin embargo ellos no siempre pueden llevarlas a cabo y hay razones por las que no se pueden ejecutar, ya sea por falta de tiempo, por la cuestión económica, porque no tienen el acceso a ciertos alimentos o simplemente porque el médico solo tiene unos minutos para atender al paciente y no sabe más allá de la poca información que pudo recopilar en el consultorio, es decir que no sabe si el paciente se encuentra en las condiciones sociales y económicas para poder hacer los cambios para la mejora de su salud. Cristina Laurell menciona que:

El carácter histórico y social de proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra (Laurell, 1986).

Es de importancia para el sistema sanitario saber el contexto de la población, ver las inequidades que presentan en la vida cotidiana de la población puede dar indicadores de salud, estas acciones dejarían conocer el trasfondo de las afecciones y esto podría ser un parteaguas para la toma de decisiones sobre la mejora de la salud poblacional. La IRC, es un problema de inequidades en cuanto, atención médica y viniendo de un problema tan grande como la diabetes y la hipertensión arterial el acceso a la oportuna información es fundamental para que estas enfermedades no terminen en un problema renal, para ello se debe planear una estrategia y llevarlas a cabo antes de que esto suceda. No es posible que una enfermedad de este tipo que es bien sabido que trae consecuencias mortales sea solo diagnosticada sin la información que ayude al paciente a tener menos complicaciones y más apego al tratamiento, no se trata de infundir miedo como algunas estrategias gubernamentales hacen para concientizar al paciente, sino que más bien se trata de que las personas conozcan de qué están enfermos y como pueden hacer para cuidarse sin que el padecimiento se complique.

En general, la clase gobernada, es decir la población, no tiene poder sobre estas determinantes, sino que una minoría gobernante tiene la última decisión sobre las acciones que se van a llevar a cabo, sin embargo, no siempre convergen con los intereses y no satisfacen las necesidades de la población y es donde surgen las desigualdades e inequidades en salud. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Por ello hace falta una estrategia y una política pública que respalde a las personas con IRC, un protocolo bien estructurado para darle seguimiento a la enfermedad, ya que las personas van de un lado a otro tratando de entender su enfermedad y buscando atención médica en instituciones públicas, que en ocasiones es negada y solo son atendidos temporalmente en situaciones en las que el estado de salud del paciente renal ya está muy deteriorada por lo que recurre a instituciones privadas para su atención y como consecuencia la economía de los pacientes se vea afectada significativamente ya que uno de los tratamientos para la ERC es la hemodiálisis y el costo de cada sesión es elevado y se necesitan de dos a tres sesiones por semana.

Modelos de la promoción de la salud

Los modelos de la promoción de la salud son aquellos en donde se le da un enfoque y una interpretación a la práctica de esta disciplina. A lo largo de la historia se ha querido definir su carácter y peso en la salud de las personas. Existen muchas concepciones que han tratado de explicar el propósito de la promoción de la salud, por ejemplo, el discurso de la promoción de la salud del mercado, en donde se reduce a un instrumento técnico dejando de lado las discusiones conceptuales profundas en salud y promoción de la salud necesarias para su desarrollo. Chapela menciona que la acción de la promoción de la salud se hace básicamente en formas paternalista/asistencial y romántica/idealista y nos alerta de que tan desapoderantes pueden ser las practicas llevadas en el nombre del apoderamiento (Chapela Mendoza, 2020).

Modelo empoderante de la promoción de la salud

Este modelo de la promoción de la salud considera prioritario el alivio de la enfermedad en donde el empoderamiento es utilizado como instrumento práctico para prevenir la enfermedad. También define e inculca una forma de ética mediante la provisión de medios

para que los sujetos valoren sus propios deseos, actitudes y conductas en relación con lo que les ofrecen los expertos en promoción de la salud.

Modelo emancipatorio de promoción de la salud

Para entender este modelo es necesario saber que el ser humano tiene ciertas características llamadas capacidades humanas, estas son de razonamiento (*sapiens*), de apasionarse o motivarse (*erótica*), de trabajar (*faber*) y de toma de decisiones (*política*). Este modelo toma en cuenta los aspectos que hacen característico al hombre con otra especie animal, también se ha mencionado acerca de la capacidad económica para poder llevar a cabo ciertos proyectos que requieren más allá de las capacidades antes mencionadas. El modelo emancipatorio propone que el ser humano haga uso de estas capacidades para modificar su entorno para alcanzar adaptación en el grado del ejercicio de las capacidades humanas. Entonces, este modelo se trata de que tanto pueden los sujetos ejercer las capacidades humanas y sobre todo que tanto pueden controlar su medio de tal manera que logren sus aspiraciones, sus proyectos y lo que imaginaron como un futuro deseable (Cárdenas, 2015).

Modelo médico hegemónico de la promoción de la salud

Este modelo ve al ser humano como sujeto responsable de su propia salud. Tienen como estrategia desarrollar procesos individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables, estas modificaciones van acompañadas de un profesional de la salud que los guíe para poder lograr ser personas y comunidades saludables.

CAPITULO IV DISEÑO DE LA METODOLOGIA

Dado que el objetivo del estudio fue analizar las condiciones de atención a la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de la clínica de hemodiálisis Nefrored se recurrió a un diseño no experimental que se aplicó de manera transversal, el diseño de investigación no experimental según el manual para la metodología de la investigación de la Secretaria de Marina menciona:

El diseño de investigación no experimental es con base a eventos que ya sucedieron o se dieron en la realidad sin manipulación o intervención del investigador, por lo general con una visión retrospectiva conocida también como expos-facto. En este tipo de estudios las variables independientes acontecen sin que se tenga control sobre ellas y el diseño de la investigación transversal es cuando se obtienen datos en un momento específico; delimitados por cortes de tiempo (Universidad Naval).

Considerando que el tema de investigación tiene un sustento teórico suficiente se procedió a realizar una investigación de tipo descriptivo para conocer a detalle las condiciones de acceso a los servicios de salud y la calidad de ellos, las personas con IRC. Una investigación de tipo descriptiva va más allá de la exploración, describiendo cualitativa y cuantitativamente las características fundamentales de fenómenos tal como se presentan en la realidad; con criterios sistemáticos para mostrar su estructura y comportamiento, centrándose en medir con mayor precisión (Universidad Naval).

Enfoque de la investigación

El presente trabajo fue diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cualitativo, puesto que es el que mejor se adaptó a las necesidades del trabajo, ya que se obtuvieron datos de la experiencia subjetiva de cada paciente entrevistado. En el libro de metodología de la investigación de Sampeiri (2014) se mencionan las características del método cualitativo de la investigación, en las que se pueden realizar pruebas proyectivas, cuestionarios abiertos, sesiones de grupos, biografías.

La metodología de la investigación cualitativa tiene una orientación hacia la exploración, la descripción y el entendimiento emergente y abierto que va enfocándose conforme se desarrolla el proceso dirigido a las experiencias de los participantes, contextualiza el proceso, justifica el planteamiento y la necesidad del estudio.

El tamaño de la muestra depende de que comprendamos el fenómeno bajo estudio (casos suficientes). La muestra se determina de acuerdo al contexto y necesidades (Sampieri, 2014).

Población

La población que forma parte de este estudio son los pacientes que acuden a tratamiento de hemodiálisis en la clínica Nefrored. Nefrored es un centro de atención médica especializada en pacientes con enfermedad renal crónica, enfocados en ofrecer tratamientos de sustitución renal como lo es la hemodiálisis, entre otros servicios como consulta de nefrología, consulta nutricional y consulta general, además de contar con servicios de estudios de laboratorio y resonancia magnética. Dicha clínica se localiza, en la alcaldía Coyoacán, en el sur de la Ciudad de México. La clínica es privada, sin embargo recibe apoyo económico de parte de la Universidad Autónoma Metropolitana y del Colegio de Nacional de Ciencia y Tecnología por ser también una clínica de investigación. Los costos de tratamiento de hemodiálisis convencional por sesión de tres horas a cuatro horas es de \$1,400, las horas que el paciente requiera estar en tratamiento lo determina el médico nefrólogo de la clínica.

Se entiende por población al conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. "El universo o población puede estar constituido por personas, animales, registros médicos, los nacimientos, las muestras de laboratorio, los accidentes viales entre otros (López, 2004).

Muestra y muestreo

En este trabajo se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia puesto que se les pidió el consentimiento a los pacientes para participar en la entrevista tal como lo menciona Hernández Sampieri. Estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Sampieri, 2014). También, su estudio *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio* (2017) Tamara Otzen y Carlos Manterola menciona que este tipo de muestreo permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos, esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

Pregunta de investigación

¿Cómo son las condiciones para el paciente con insuficiencia renal dentro del sistema de salud en cuanto a tratamiento, diagnóstico, trato y acceso a la información de su padecimiento y cuál es el papel del promotor de la salud en el proceso de la enfermedad del paciente con IRC?

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son herramientas que el investigador recurre para recabar información sobre el tema que desea saber, estas pueden ser entrevistas, observación, sesiones en profundidad o grupos de enfoque, biografías o historias de vida (Sampieri, 2014).

Para este trabajo se recurrió a la entrevista del tipo semiestructurada para recabar datos e información con respecto a los pacientes que padecen IRC. Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz, 2013). Se le llama entrevista a los diálogos planificados entre el investigador y su entrevistado entendido este como el sujeto de estudio. Se dan de forma continua con el propósito de conocer las apreciaciones o puntos de vista que este individuo concibe acerca de determinados tópicos de su vida y su ambiente (APA, 2020).

Se realizó un tópico de la entrevista, posteriormente se elaboraron dos matrices en donde se concentró la información clave para plasmar el análisis correspondiente, en ellas se dividieron las preguntas realizando las siguientes categorías:

1. Estado físico y mental
2. Información sobre su padecimiento
3. Tipo de tratamiento y tipo de servicio
4. Institución de diagnóstico y Tratamiento recomendado
5. Orientación sobre la enfermedad
6. Atención psicológica
7. Alternativas terapéuticas
8. Protocolo IRC
9. Protocolo para trasplante
10. Explicación sobre la hemodiálisis

11. Sesiones Nefrored
12. Hemodiálisis en otra clínica
13. Experiencias en otras clínicas
14. Cuidador primario
15. Capacitación del cuidador
16. Diabetes o hipertensión
17. Complicaciones de diabetes o hipertensión

Las entrevistas se realizaron el mes de octubre del año 2019. La población seleccionada para el estudio fueron los pacientes de la clínica de hemodiálisis Nefrored, de esta selección únicamente una fracción de pacientes que se encontraran en terapia sustitutiva de hemodiálisis desde hace un año o más. Para su aplicación, a la persona entrevistada se le hizo de su conocimiento los fines de dicha entrevista y se les pidió su firma en un documento de consentimiento ya que su voz fue grabada en audio para poder realizar el análisis. Todas las personas que se les invitó a participar en la entrevista se mostraron interesadas y accedieron sin ningún problema. Durante las entrevistas, los entrevistados respondieron a las preguntas realizadas. La mayoría de los entrevistados mostró un sentimiento de alivio al poder contar sus vivencias y experiencias con esta enfermedad. Al final de las entrevistas casi todos los pacientes agradecieron el poder haber contado sus vivencias, ya que en pocas ocasiones se han sentido escuchados y entendidos desde un punto de vista diferente al suyo y de sus familiares.

El fin de esta actividad era entrevistar a únicamente pacientes que acuden a la clínica Nefrored a tomar tratamiento de hemodiálisis, sin embargo por las circunstancias en las que los pacientes, en algunos casos salen de la terapia fue imposible entrevistarlos, a lo que se recurrió fue a pedirles a los cuidadores de los pacientes que participaran en la entrevista, ya que ellos han estado recorriendo el camino junto con los pacientes desde que fueron diagnosticados y están al tanto de la situación y estado de salud de los mismos.

Después de las entrevistas se realizó la versión estenográfica de las mismas para hacer un análisis crítico del discurso a partir de las categorías planteadas para la entrevista. A continuación se presentan las matrices en donde se concentró la información recabada durante las entrevistas.

Información recabada en entrevistas																
Estado físico y mental	Información sobre su padecimiento	Tipo de tratamiento y tipo de servicio	Institución de diagnóstico y tratamiento recomendado	Orientación sobre la enfermedad	Aim Pisco	Alternativas terapéuticas	Protocolo IRC	Protocolo trasplante	Explicación sobre la hemodíalisis	Sesiones nefroed	Hemodíalisis en otra clínica	Experiencia en otras clínicas	Cuidador primario	Capacidad del cuidador	Diabetes o Hipertensión	Diabetes o HA
Paciente 1																
Bien	No sabe muy bien de la enfermedad, sabe desde hace 6 meses, generado por TA alta.	No	H. Angeles diagnóstica H. Juárez colocan catéter	No tuvo	No	No	No	No	No	Buenas	Si, en institución pública	Mala	Papá y Mamá	Si	Hipertensión	Si
Paciente 2																
Bien	Diagnostico con hipoplasia bilateral (disminución de tamaño de los riñones) y por ende perdió función renal. Diagnostico el 16 de junio del 2016.	Si, IMSS	Diagnostica H. G. A González Recomienda diálisis peritoneal	Insuficiente, ya que el paciente realizó mal la diálisis	Si	-	No	No	Si	Buenas	Si	Mala Reciclaje de filtros	Mamá	Si	No	-
Paciente 3																
Bien	Diagnostico con IRC en agosto del 2018 Debido a la HA	-	En clínica particular en Iztapalapa Recomienda diálisis o hemodíalisis	Insuficiente, ya que el paciente menciona que hace falta personal de salud que oriente y resuelva dudas sobre la enfermedad	No	Si	-	-	-	Buenas	Si	Malas. Reciclaje de filtros	Esposa	No. El cuidador la tuvo que buscar	Hipertensión y diabetes	No
Paciente 4																
Bien	El paciente menciona que tiene IRC desde hace dos años debido a la diabetes	No	Diagnostica H General Recomienda diálisis peritoneal	No tuvo	No	No	No	No	Si	Buenas	No	-	El mismo	Si	Hipertensión y diabetes	Si
Paciente 5																
Bien	Insuficiencia renal crónica. Desde hace dos años, debido a que diagnosticaron al paciente con hepatitis B	No	Diagnostica H Juárez Recomienda hemodíalisis Coloca catéter	Si	No	No	-	No	Si	Buena	Si	Malas Reciclaje de filtros	Esposa	Si	Diabetes	-
Paciente 6																
Bien	No sabe muy bien de la enfermedad, cree que es derivada del ácido úrico	No	Diagnostica Instituto nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Clínica particular Coloca catéter	Si	No	No	No	No	Si	Buenas	Si	Poco flexibles en cuanto a los horarios	Hermana	No	-	-
Paciente 7																
Bien	Insuficiencia renal desde hace año y medio desconoce la causa de su enfermedad	No	Clínica particular Recomienda hemodíalisis	No	No	No	No	No	Si	Buenas	No	-	Esposa	No	-	-

Información recabada en entrevistas																	
Estado físico y mental	Información sobre su padecimiento	Tipo de tratamiento y tipo de servicio	Institución de diagnóstico y tratamiento recomendado	Orientación sobre la enfermedad	Am Pisco	Alternativas terapéuticas	Protocolo IRC	Protocolo trasplante	Explicación sobre la hemodilísis	Sesiones nefroed	Hemodilísis en otra clínica	Experiencia en otras clínicas	Cuidador primario	Capacitación del cuidador	Diabetes o Hipertensión	Diabetes o Hipertensión	Complicaciones
Familiar 1																	
-	En enero del 2019 el paciente comenzó con un dolor de estómago y tuvo complicaciones en los pulmones, refiere que fue al médico y ahí lo diagnosticaron con IRC	-	Diagnostica el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Recomienda diálisis peritoneal	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Buena	No	-	Hijo	Sí	Hipertensión arterial	-	-
Familiar 2																	
-	Enfermedad crónica de los riñones Causada por la diabetes La padece hace cuatro años	ISSTE Recomienda diálisis peritoneal	Diagnostica H General Recomienda Diálisis peritoneal	Sí	No	Sí	-	Sí	-	Bien	Sí	Mala	Esposo	No	Diabetes	-	-
Familiar 3																	
-	Desde hace 16 años padece enfermedad Desde hace 2 años con tratamiento renal Padece IRC debido a la hipertensión.	IMSS Recomienda diálisis peritoneal	Diagnostica su dentista y un familiar del paciente que es médico	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No sabe	Buenas	No	-	El mismo	Sí	Hipertensión arterial	No	-
Familiar 4																	
-	El familiar refiere que la paciente tiene enfermedad renal crónica desde hace dos años y lleva tratamiento desde hace año y medio El origen no lo saben.	IMSS Recomienda diálisis peritoneal No se atendió en el IMSS debido a que observaron que el servicio era muy malo	Diagnostica H La raza Recomienda Diálisis peritoneal	No tuvo	-	-	No	Sí	-	Buena	Sí	Mala	El mismo	-	-	-	-

CAPITULO V INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para la recopilación de información sobre la atención en salud de pacientes con insuficiencia renal crónica, se entrevistaron a profundidad a siete pacientes con la enfermedad que se atienden en la clínica de hemodiálisis Nefrored y a cuatro familiares y/o cuidadores de pacientes que los acompañan a tomar el tratamiento sustitutivo dentro de dicha clínica y otorgaron información acerca del paciente. Las entrevistas fueron inicialmente preparadas para los pacientes pero se tuvo que hacer una leve modificación para realizar las entrevistas a los familiares de los pacientes, ya que por algunos motivos (llegaron tarde a su sesión de hemodiálisis, se encontraban indispuestos después de su sesión de hemodiálisis o la sesión duró más de lo que se tenía programado) fue imposible realizar las entrevistas los pacientes, para lo cual se procedió a invitar a los familiares y/o cuidadores, quienes se encuentran estrechamente vinculados con todo el proceso por el cual tuvieron que pasar para llegar hasta el lugar donde se encuentran actualmente los enfermos renales. Para el análisis y la interpretación de los datos, la información se concentró en dos matrices en donde se colocaron las 17 categorías, lo que permitió analizar la información más relevante y de manera más ordenada de los datos captados durante las entrevistas. Los pacientes de los cuales se obtuvo información fueron siete hombres de 54 , 64, 44, 30, 51, 78 , 59 , 64 , 56, y dos mujeres de 63 y 54 años, todos ellos con un diagnóstico previo de IRC desde hace seis meses o más en el momento de la entrevista.

Se inicio la entrevista preguntando si sabían cuál es la enfermedad que padecen y cuál es el órgano que está afectado, solo dos de los pacientes entrevistados mencionaron que tenían poca información o que no sabían nada de la enfermedad. Los pacientes, entrevistados que tuvieron confusión acerca de su enfermedad se notaron nerviosos, como si la entrevistadora fuera a regañarlos por no saber de que están enfermos, aunque en realidad el equipo médico, de enfermería y promotores está para atender sus dudas. Aunque la mayoría de los pacientes y sus familiares y/o cuidadores saben cuál es la enfermedad que padecen, todos deberían tener muy claro en qué consiste el padecimiento, cual es el órgano afectado y porque se encuentra en esa condición, ya que la información oportuna sobre la enfermedad es de suma importancia para que los enfermos y en este caso los enfermos renales tengan un mayor control sobre su salud, como consecuencia

evita complicaciones y tener que llegar a necesitar cuidados intensivos como lo es la hemodiálisis o diálisis peritoneal. En el caso de tener la enfermedad y estar en un estadio avanzado la información adecuada y oportuna por parte del personal médico evita que el paciente se sienta confundido y busque la atención médica adecuada para controlar su enfermedad. Sin embargo la información es escasa para estos pacientes ya que deambulan para tener la atención médica que les ayude a combatir la enfermedad porque no tienen claro que enfermedad tienen.

Siete de los pacientes saben cuál es el origen de su enfermedad y cuatro tienen confusión acerca de ello. Al momento de formular esta pregunta, los pacientes pensaron por un momento, trataron de responder a la pregunta, pero no de manera clara y terminaron por responder que no sabían cuál es la causa u origen de su enfermedad o que no tenían muy claro porque se encontraban en esa situación. De igual manera, los pacientes se notaron un poco nerviosos al tratar de responder.

Se procedió a realizar la siguiente pregunta, al formularla se notaron más relajados. Seis de los pacientes no cuentan con algún tipo de seguridad social o seguro popular, cinco de ellos tienen seguridad social, cuatro cuentan con el IMSS y uno con ISSSTE. Se sabe que el sistema de salud público ha sido deficiente desde hace mucho tiempo, sin embargo los pacientes que cuentan con seguridad social como IMSS o ISSSTE no se han atendido ahí porque no confían en la institución o se les ha ofrecido la diálisis peritoneal, aunque este no es un mal tratamiento, los pacientes se han negado a esta alternativa porque han observado en otros pacientes que el tratamiento de diálisis les provoca complicaciones en un corto tiempo y para ellos es una sentencia de muerte al escuchar la palabra diálisis, porque nadie les explicó de que se trataría el procedimiento y cuál es la función del mismo, y aunque es más barato que la hemodiálisis para ellos no es garantía de que su calidad de vida sea la más óptima, además mencionan que solo les dan indicaciones y en casa se la tienen que realizarla solos en y sin supervisión del personal médico agregando más riesgos para su salud.

La noción de salud y bienestar ha ido evolucionando con el paso del tiempo, cada población concibe la salud de diferente manera, y sobre todo individualmente. El sentirse bien y sentirse mal de salud se construye de persona a persona y esta es influenciada por

las necesidades e intereses de cada uno. Aunque el sistema de salud ofrece alternativas para los pacientes renales, no se apega a las necesidades de todos los pacientes. Esto podría estar frenado por el gasto económico que se les da a las instituciones o por la política pública. La noción de salud que los pacientes tienen es distinta a la que el sector público les puede ofrecer, ya que ellos tienen necesidades económicas y algunos de ellos tienen que continuar trabajando para costear su tratamiento y por ello, en algunos casos rechazan la diálisis peritoneal ya que demanda más tiempo y cuidados que la hemodiálisis.

Aunque cinco de los pacientes tienen acceso a la atención en salud como IMSS o ISSSTE solo uno de ellos fue diagnosticado en las instituciones de seguridad social, específicamente en el Hospital General La Raza, los demás acudieron a hospitales de alta especialidad como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y otros hospitales como el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México, también los pacientes recurrieron a clínicas y hospitales privados para su atención. Esto porque en las clínicas u hospitales en donde los pacientes tienen el acceso a la atención en salud, se encuentran saturadas y deambulan de hospital en hospital buscando a algún especialista que les haga un diagnóstico certero y un trato digno como personas y derechohabientes. Dentro de su peregrinaje, los cuidadores y pacientes también tienen que soportar malos tratos para poder ser atendidos. Siendo esta una enfermedad recurrente debido a la alta prevalencia de diabetes e hipertensión arterial en el país, es sorprendente que no exista un instituto de alta especialidad que atienda a este sector de la población.

Una de las determinantes de la salud es el sistema de sanitario o de salud, sin embargo para los pacientes renales este sistema no permite que puedan mantener su salud bajo control por las distintas fallas que los mismos pacientes han mencionado. Con respecto a la orientación y a la información recibida al momento de ser diagnosticados, siete pacientes mencionaron que no se les brindó la orientación o fue muy escueta, por esta razón los pacientes se vieron confundidos y buscaron información, en ocasiones errónea que terminó por confundirlos aún más. Reiteradamente la información es básica para que el paciente y los familiares tengan claro cómo actuar y mejorar la salud y la calidad de

vida del paciente. Al momento de ser diagnosticados los pacientes deben ser informados a detalle acerca de su padecimiento, cual es el órgano afectado, que funciones realiza el riñón, la localización del mismo, como ha sido afectado y por qué motivo ha sido afectado. Además de explicar las alternativas de tratamiento posibles o necesarias como la diálisis y hemodiálisis. Así mismo, hacer transparente el protocolo de trasplante, que sepan las consideraciones médicas y las condiciones físicas para poder someterse al procedimiento. De igual manera los pacientes, una vez diagnosticados con IRC necesitan ser orientados acerca del protocolo que deben seguir con respecto a la enfermedad, es decir hábitos alimenticios, procedimientos a los que serán sometidos, chequeos médicos, etc. Solo cuatro de los pacientes han reportado que les han explicado acerca del tratamiento de la hemodiálisis y han tenido esta información a través del personal clínico de las instancias privadas, a los que los pacientes por iniciativa propia se han acercado a preguntar sus dudas o alguna vez a los cuidadores les dieron una plática colectiva acerca de la hemodiálisis.

Solo uno de los pacientes ha recibido atención psicológica para con su enfermedad. Se ha hablado en la literatura sobre la necesaria intervención psicológica en pacientes crónicos degenerativos, ya que estas experimentan cambios importantes en su vida y este se encuentra asociado en lo familiar, social y por su puesto en lo individual:

Es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema. La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad, entre otras (Orozco Gomez & Castiblanco Orozco, 2014).

Los cambios exigidos por la enfermedad, es decir, la incapacidad para trabajar, un tratamiento riguroso y todo aquello que afecte su calidad de vida como el dolor, la fatiga, los efectos secundarios del tratamiento, etc. Impactan en el bienestar psicológico, y en ocasiones llega a afectar la adherencia y compromiso al tratamiento. Por lo anterior, es de suma importancia que los pacientes tengan un soporte psicológico que les ayude a llevar una mejor calidad de vida y no centrarse solo en la enfermedad y sobre todo no dejar de

lado a los familiares y cuidadores del paciente que para ellos también representa un cambio mayúsculo en la rutina diaria, además si los cuidadores y familiares se encuentran estables psicológicamente pueden ayudar al paciente a tener un mayor compromiso con el tratamiento.

Se les ha preguntado a los pacientes como han sido las sesiones dentro de la clínica Nefrored, todos han comentado que las sesiones han sido buenas y que les ofrecen un tratamiento eficaz, el personal es bueno, las instalaciones son cómodas y limpias, a excepción de uno de los pacientes que durante la entrevista expresó que la administración no ve a las personas que recurren a esta clínica por el tratamiento como pacientes, si no que últimamente ya se les ve como un cliente, ya que el trato humanizado y sensible se ha ido perdiendo con el cambio de personal clínico. El paciente menciona que hay una desorganización en la clínica, en la cual dejan a practicantes sin experiencia alguna a cargo de la unidad de hemodiálisis que les ha costado el eficaz tratamiento que antes se ofrecía.

En cuanto a las experiencias en otras clínicas de hemodiálisis, siete pacientes han contestado que sí han tomado tratamiento en otras clínicas particulares, pero a pesar de que el costo del tratamiento es muy elevado y las expectativas que se tienen al contratar un servicio que tiene un impacto considerable en la economía de las familias, el servicio y el tratamiento ha sido deplorable. Dos de los pacientes han mencionado que en las clínicas particulares en donde se realizaban el tratamiento de hemodiálisis tienen una práctica que va en contra de las normas de higiene y asepsia, ya que mencionan que entre las clínicas privadas es famoso la reutilización de los filtros² de las maquinas de hemodiálisis. Este dispositivo es el encargado de filtrar la sangre para liberarla de sustancias que normalmente se encargaría el riñón, *Renal Medical* menciona:

El dializador es el dispositivo médico que garantiza el intercambio osmótico entre la sangre y el líquido de diálisis. El dispositivo consiste básicamente de una carcasa con dos compartimentos y una fibra especialmente diseñada para filtrar y permitir el intercambio. La sangre del paciente pasa por las fibras de la membrana mientras el líquido pasa, en dirección contraria, por la parte externa de la

² Los pacientes mencionaron que en algunas clínicas privadas lavan los filtros con agua corriente para poder reutilizarlos.

membrana. Este procedimiento garantiza que la sangre se purifique de las toxinas urémicas retenidas y se corrijan los niveles de acidosis y las alteraciones electrolíticas (Renal Medical, 2017).

Los pacientes también indican que han contraído infecciones en los accesos vasculares en clínicas privadas que acudían, además de que en la mayoría de las sesiones tenían demasiados eventos adversos que hacían que el tratamiento fuera una tortura. Al recordar esto los pacientes que tuvieron una mala experiencia en otras unidades de hemodiálisis, mostraron un enojo y un sentimiento de insatisfacción.

Dos de los pacientes no tienen cuidador primario, sin embargo sí hay quienes los llevan y acompañan a las sesiones de hemodiálisis. Los otros nueve pacientes tienen quien les ayude a cocinar, hacer sus deberes en la casa, los acompañen a sus consultas y a las sesiones de hemodiálisis en Nefrored. Nueve de los pacientes han mencionado que han tenido capacitación, cursos y pláticas informativas para poder llevar un cuidado del paciente, sin embargo no siempre ha sido así, en algunos casos ellos han tenido que buscar la información a través de redes familiares con el mismo problema, o ellos tuvieron que buscar en internet información que no se sabe si les va a ayudar con la enfermedad. En Nefrored se les imparten pláticas a los familiares sobre la nutrición del paciente renal, sin embargo ellos mismos han dicho que hace falta información que venga de un profesional de la salud que les resuelva dudas acerca de la enfermedad.

Ocho de los once pacientes entrevistados han mencionado que además de padecer IRC padecen diabetes, hipertensión arterial, o ambas. Tres padecen hipertensión arterial, tres diabetes, dos ambas y tres pacientes no padecen otra enfermedad crónica. Solo dos de los seis pacientes con hipertensión arterial, diabetes o ambas, han mencionado que al momento de ser diagnosticados con estas enfermedades crónicas fueron orientados y les explicaron las posibles complicaciones. Es muy frecuente la falta de información, en ocasiones es porque el sistema de salud público no lo permite por falta de tiempo, ya que un médico tiene que atender a una gran cantidad de pacientes en un lapso de tiempo corto, pero esto tiene como consecuencia la confusión del paciente ante una enfermedad crónica degenerativa, los cuidados que deben tener y las complicaciones que estas enfermedades pueden llegar a tener. Dentro del ámbito médico es bien sabido que la oportuna

información tendría un efecto positivo en la salud del paciente al estar bien informado sobre cómo mantener un control sobre el padecimiento, sobre todo en una enfermedad de este tipo. Las entrevistas a los pacientes y familiares dejaron ver el panorama de los conflictos que ellos tienen, en el sector privado como en el público por igual, el sistema de salud presenta una crisis para los pacientes al tratar de conseguir desde un diagnóstico, un trato digno, respetuoso y el acceso a la información oportuna para prevenir cualquier enfermedad, la falta de estos derechos merma en el bienestar físico como en el anímico.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control sobre su propia salud, esta abarca varias esferas de la vida como son las sociales y ambientales para el beneficio de la salud, entre ellas las acciones individuales. En otras palabras, la promoción de la salud ve a las personas como seres biopsicosociales, es decir que su salud no es un fenómeno separado de su cultura, del medio ambiente en donde se desarrolla, las relaciones con otras personas, el fomento de acciones individuales para el control de su propia salud, el sistema de salud y las políticas públicas son lo que determinan la salud de una población. Esta noción de promoción de la salud involucra a las determinantes sociales de la salud:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Aunque existen programas para disminuir enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial que son las principales causas para desarrollar IRC actualmente no existe una política pública que específicamente tenga como objetivo disminuir la patología o la detección de esta en estadios tempranos. Fortalecer algunas de estas acciones podría darle un gran giro al bienestar de los pacientes con IRC.

Los modelos de la promoción de la salud son aquellos en donde se focalizan las acciones para el beneficio de la salud, estos son el modelo empoderante que actúa principalmente en la prevención de las enfermedades, el modelo emancipatorio que utiliza como herramienta las capacidades del ser humano (razonamiento, trabajar, motivarse y toma de decisiones) para que modifique su entorno a favor de su salud y bienestar. Por último el modelo hegemónico que ve al propio sujeto como el único responsable de su salud y fomenta cambios en las conductas para mejorar su estilo de vida. Para la IRC es importante que exista una combinación de todos los modelos, por supuesto que el papel del promotor de la salud podría tomar ese lugar dentro del sector salud, trabajando como un mediador con el personal médico, de enfermería y psicología, más allá de simples pláticas informativas se trata de darle al paciente el empoderamiento para buscar que entiendan su enfermedad brindándole la información certera sobre las causas, los cuidados, las complicaciones y haciéndoles saber sus derechos como pacientes y las obligaciones del personal clínico, además que puedan preguntar todas las dudas que les surjan acerca de la enfermedad, esto les ayudaría a ganar confianza ya que aprenderían cuidarse mejor y actuar acertadamente. Esto también, indiscutiblemente, tendría un beneficio a la economía del paciente ya que teniendo controlada su enfermedad gastará menos en medicamentos, terapias y estancias alargadas en hospitales. Además de que los promotores pueden trabajar en una política pública en pro de la salud de las personas con IRC y de los potenciales enfermos renales.

CONCLUSIONES

Como se ha mencionado, la IRC este ligada estrechamente con la diabetes y la hipertensión arterial, estas enfermedades son el principal factor para padecer insuficiencia renal, y aunque existe una alta prevalencia de esas enfermedades, no existe una cultura de prevención, ya que en su mayoría no saben cuáles son las complicaciones de la diabetes y la hipertensión como principales causas de la IRC, desde su diagnóstico de estas enfermedades se debe dar un seguimiento constante de los riñones. La oportuna información hacia los pacientes debería tener una mayor importancia ya que si fuera así, traería consigo múltiples beneficios para los pacientes y para el sistema de salud.

Las instituciones públicas si ofrecen una alternativa de tratamiento pero no han evolucionado para brindar servicios a todos los derechohabientes y que se adapte a la noción de salud de todas las personas que viven con IRC. Quizás suene utópico pensar que el sistema de salud pueda adaptarse a las necesidades de cada uno de los derechohabientes, sin embargo puede haber mejoras en la calidad de los servicios con intervenciones de algo tan básico como es el acceso a la información oportuna, esto para saber cómo actuar ante determinados escenarios con respecto a su salud y tomar decisiones correctas y su puesto tener control sobre su propia salud. Los pacientes rechazan la diálisis porque existe una crisis en el sistema de salud público sobre información que ayude al cuidador o familiar a realizarla de manera adecuada, se tiene la idea errónea de que a diálisis representa la última etapa de su vida. Dicha crisis, también puede observarse en la confusión que tienen los pacientes sobre la enfermedad que presentan, se debe planear una estrategia en donde el paciente y cuidador puedan tener a la mano y consultar cualquier duda que tengan sobre este padecimiento, de la diálisis y erradicar la idea de que el someterse a este procedimiento es la última etapa de su vida.

La noción de salud de cada individuo es diferente, esta se encuentra determinada por las necesidades tanto físicas, emocionales, sociales y económicas, por ello los pacientes entrevistados buscaron alternativas diferentes a las que el sistema de salud público les ofrece, en este caso la hemodiálisis es la alternativa adecuada para ellos, ya que como se ha mencionado, algunos de los pacientes tienen la necesidad de seguir trabajando y la demandante diálisis peritoneal no se los permitiría.

Todas las circunstancias con las que un individuo coexiste, es decir la posición económica, la educación, el medio ambiente, las políticas públicas y el sistema de salud se denominan determinantes sociales de la salud. Las determinantes sociales de la salud se ven reflejadas en la salud del individuo, ya sea a largo plazo o en un corto tiempo. Dentro del análisis expuesto, se han podido vislumbrar las fallas que presenta un sistema de salud en cuanto a la insuficiencia renal crónica, ya que como se ha dicho anteriormente no hay un tratamiento que se adapte a las necesidades de estos pacientes. Los pacientes entrevistados no son de clase pobre, ellos cubren la esfera económica de las determinantes sociales de la salud y afortunadamente pueden pagar un tratamiento que les conviene más que la diálisis peritoneal. Qué pasará con las personas que no pueden costear un tratamiento de esa magnitud ya que en México hasta el año 2018 existían 52.4 millones de personas en situación de pobreza y 20.2 millones de personas sin acceso a los servicios de salud (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2019). Como se pudo observar, la IRC no es exclusiva de personas pobres ni de personas con una posición económica más estable, este es un padecimiento que puede afectar a cualquier persona, con la diferencia que el dinero puede comprar un tratamiento que se apegue a sus necesidades. El tratamiento también se ve comprometido en ambos sectores, público y privado, ya que no se garantiza al paciente renal un buen tratamiento de diálisis o hemodiálisis porque este último tiene un costo muy elevado, en el sector público por falta de infraestructura y equipo, y en clínicas privadas por el reciclaje de filtros que disminuye la calidad de la terapia además de que esta acción compromete al paciente con infecciones fuertes que pueden acabar con su vida.

Las inequidades sanitarias no solo pueden existir por el ámbito económico, ya que no hay para ellos la garantía de un trato digno dentro del ámbito público de la salud. En el sector público queda en evidencia la falta de capacitación en el sentido humano y la tolerancia hacia los pacientes y derechohabientes por parte del personal médico, de enfermería y administrativos, la cual se refleja en los testimonios recabados y la expresa insatisfacción durante las entrevistas a los familiares y de los propios pacientes. Los pacientes que recurren a las dependencias privadas, en su mayoría son tratados “bien” debido a que hay un interés económico de por medio, esto es que de pacientes pasan a ser un cliente más en

donde pagan para ser tratados de manera diferente y la ética profesional del personal está comprometida ante una remuneración económica.

Se ha estimado que, en la actualidad, alrededor de 6.2 millones de mexicanos con diabetes tienen insuficiencia renal en sus distintas etapas, sin que necesariamente todos ellos sepan que la padecen. Hasta 98% de las personas con ERC por diabetes en México se encuentra en etapas tempranas, cuando por fortuna la ERC es todavía controlable y reversible (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020) Sin embargo, no se ha trabajado en una política pública para frenar los casos de insuficiencia renal. Esta debe ser planteada por un equipo multidisciplinario para ver todas las aristas y cubrir las necesidades del enfermo renal así como la prevención de la enfermedad, ¿qué pasa si no se realizan estas acciones? Pues entre más tarde el paciente en ser atendido y tener un diagnóstico certero más caro es el costo del tratamiento y como consecuencia se volverá una enfermedad catastrófica.

Los pacientes con IRC no tienen acceso a la atención psicológica, aunque esto es necesario. Es importante que los pacientes sean sometidos a terapias psicológicas ya que la enfermedad exige cambios en su vida que puede afectar considerablemente no solo en su persona si no que también al tratamiento. El sistema de salud mexicano no ha entendido que se está tratando con personas que tienen necesidades no solo físicas sino que también su bienestar depende de su estado mental.

Otro de los puntos importantes tocados en este trabajo es que no existen cifras oficiales y exactas de la cantidad de pacientes renales que hay en México, se tiene acceso a cifras que no son concisas que carecen de un estudio a fondo, Juan Tamayo y Santiago Lastiri mencionan que actualmente no se cuenta con información precisa pues no existe e México un registro nacional centralizado de casos de padecimientos renales (Juan Tamayo, 2016). Se puede inferir que esto sucede porque la IRC es una enfermedad silenciosa y los síntomas se presentan cuando el daño está muy avanzado, aunque desafortunadamente sea muy común entre personas con diabetes e hipertensión arterial, siendo las enfermedades crónicas con más prevalencia en el país, por ello se debe hacer un mayor énfasis y tener un monitoreo constante en sus riñones para evitar la hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Para poder alcanzar un mayor control sobre la salud de la población es necesario replantear la forma en la cual se ve a la salud, ya que solo ha centrado en las enfermedades y de cómo curarlas. Los gobiernos deben incorporar a las determinantes sociales de la salud a las políticas que en parte determinan el bienestar de las personas, ya que la salud debe verse de manera holística para poder entenderla y resolver aquellas desigualdades.

Urge trabajar con los pacientes potenciales de IRC, con los pacientes que ya tienen la enfermedad y por su puesto con los cuidadores y familiares para mitigar todas aquellas dudas e inquietudes ya que las personas entrevistadas expresaron que tenían muchas dudas cuando fueron diagnosticados. Los promotores de la salud deben trabajar como mediadores, planteando estrategias en conjunto con los médicos para dar una orientación adecuada, aclarar dudas sobre el padecimiento que vaya más allá de pláticas informativas se trata de empoderar al paciente cuidadores para que comprendan la enfermedad y actúen de tal manera que puedan realizar acciones prematuramente que beneficien a su calidad de vida y de prevenir complicaciones y sobre todo, que los pacientes sientan un apoyo y un trato humanitario por parte de un profesional. La formación académica de los profesionales en promoción de la salud es multidisciplinaria, esto permite no solo laborar específicamente en el medio hospitalario, ya que cuenta con conocimientos sobre química, anatomía, psicología y nutrición si no que, estos profesionales pueden intervenir en el ámbito educativo y social, llevando a cabo acciones que eleven la calidad de vida y salud a nivel comunitario y de la población en general, por ello los promotores pueden trabajar en una política pública a favor de los pacientes con IRC, planteando una nueva o modificando las que existen para prevenir diabetes, hipertensión arterial y obesidad ya que son las principales causas de la IRC

En resumen, se puede observar que este padecimiento se ha dejado de lado como una de las enfermedades catastróficas que existen en el país, la atención que reciben los pacientes debe ser prioritaria como cualquier otra enfermedad crónica no transmisible y se debe garantizar el trato digno y humano, el acceso a la información y a un tratamiento eficaz que disminuya su desgaste físico y mental, tanto del paciente como de su familia. La promoción de la salud juega un papel fundamental en este padecimiento, en el sentido de que se pueden hacer acciones pequeñas que tienen un gran impacto como es la información certera

para que los pacientes la tomen y con ella se beneficien, la capacitación de familiares para los cuidados en casa hasta el personal de salud, la difusión masiva de la importancia de los riñones y hasta la generación de la política pública que disminuya los pacientes renales en etapas avanzadas.

BIBLIOGRAFIA

- A. Galli, M. P. (diciembre de 2017). factores determinantes de la salud. Buenos Aires, Argentina.
- Aguilar García, C. R., & Martínez Torres, C. (2017). Larealidad de la Unidad de Cuidaos Intensivos. *Medigraphic* , 171.
- Almonacid Jimenez, P. (2010). nefrologia al dia . En P. Almonacid Jimenez, *nefrologia al dia* (págs. 400-401). España: Sociedad española de nefrologia.
- APA, N. (2020). *normasapa.net*. Recuperado el 15 de Enero de 2020, de <https://normasapa.net/tecnicas-recoleccion-datos/>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (07 de Julio de 2019). *MedlinePlus*. Recuperado el 19 de Enero de 2021, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007305.htm#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Nacion al%20Kidney%20Foundation,variar%20ligeramente%20entre%20diferentes%20laboratorios.>
- Boté, C. (Octubre de 2009). *Scielo*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000400009
- Cárdenas, D. (08 de Septiembre de 2015). Introducción al enfoque emancipador de la promcacione de la salud.
- Carmona, C. (2012). *Apuntes de la Universidad de Murcia*. Recuperado el 16 de Febrero de 2020, de <https://docplayer.es/40482150-Tema-25-procesos-de-formacion-de-orina-5.html>
- Cavilla, M. V. *Procesos renales en la formación de orina: Filtración glomerular, Reabsorción y secreción tubular*.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. (2016). *carpeta informativa de enfermedades: obesidad y diabetes*.
- Chapela Mendoza, M. d. (01 de Abril de 2020). Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria . Ciudad de México.
- Clinica Mayo. (21 de septiembre de 2018). *Enfermedad renal poliquística*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/polycystic-kidney-disease/symptoms-causes/syc-20352820>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). *CONEVAL*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2020, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>
- Coronel Carbo, J., & Marzo Páez, N. (2017). *Scielo*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700018

Costa Requena, G., Moreso, F., Cantarell, C., & Serón, D. (Marzo de 2017). *scielo*. Recuperado el 13 de Marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952017000200115

Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (13 de Mayo de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Ciudad de México, México.

Duran Arenas, L. Á. (Enero de 2011). *Salud Publica de México*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000016

Federacion Mexicana de Diabetes, A.C. (2019). *Federacion Mexicana de Diabetes, A.C.* Recuperado el 05 de Febrero de 2021, de <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>

Fernández, R. (Julio de 2013). *Pediatría integral*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2019, de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-07/morfologia-y-funcion-renal/>

forbes. (13 de 11 de 2015). *México forbes*. Obtenido de 10.6 millones de mexicanos padecen diabetes: <https://www.forbes.com.mx/10-6-millones-de-mexicanos-padecen-diabetes/>

Fresenius kidney Care. (2016). *Fresenius kidney Care*. Obtenido de Información acerca de las enfermedades renales: <https://www.freseniuskidneycare.com/es/about-chronic-kidney-disease/understanding-ckd/causes>

Fresenius Medical Care España. (2019). *Nephrocare*. Obtenido de <https://www.nephrocare.es/pacientes/el-rinon-e-insuficiencia-renal/el-estadio-de-mi-enfermedad.html>

Gaceta del senado. (27 de Septiembre de 2016). *Senado de la República*. Obtenido de http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/65995

Gaceta UNAM. (16 de mayo de 2019). *Gaceta UNAM*. Obtenido de Con hipertensión 31 millones de mexicanos: <http://www.gaceta.unam.mx/con-hipertension-31-millones-de-mexicanos/>

Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macias Ladino, A. M., Valencia Garces, C. A., & Palacio Rodríguez, S. (2010). LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* , 131.

Gómez, E. (s.f.). *Ejercicios de evaluación Wisdom School Madrid*. Recuperado el Noviembre de 30 de 2019, de http://www.educa.madrid.org/web/cc.nsdelasabiduria.madrid/Ejercicios/3_ESO/Anatomianefrona.htm

Gonzalez, M. A. (2002). *Historia, teoria y metodo de la medicina:introduccion al pensamiento medico* . Barcelona: Masson.

Gutierrez Espinoza, D., & Arteaga Martínez, M. (14 de Junio de 2104). *Anatomía UNAM*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2019, de <http://anatomiaunam.blogspot.com/2011/06/imagen-modificada-cortesia-de-grays.html>

Guyton, A., & Hall, J. (2016). *Fisiología Médica*. Mississippi: Elsevier.

Hernández Xochipa, V. (2013). *Evolución histórica del concepto de promoción de la salud*. Ciudad de México.

IMSS. (15 de Julio de 2015). *Hipertensión arterial*. Recuperado el 2015 de Marzo de 17, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/hipertension-arterial>

INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Presentacion de resultados Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Ciudad de México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Guia practica para la prevencion, diagnostico y tratamiento de la enfermedad renal cronica*. Ciudad de México, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Octubre de 2020). *INEGI*. Recuperado el 29 de Octubre de 2020, de <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6015>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *INSP*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2020, de <https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html>

Jaipaul, N. (Marzo de 2017). *Manual MSD*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2019, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/biolog%C3%ADa-de-los-ri%C3%B1ones-y-de-las-v%C3%ADas-urinarias/ri%C3%B1ones>

Jiménez, M. P. Insuficiencia Renal Crónica y Aguda. En M. P. Jiménez, *Grupo 6 Insuficiencia Renal* (pág. 17). Mural.uv.es rasainz.

Juan Tamayo, S. L. (2016). *Enfermedad renal cronica en México, hacia una politica nacional para enfrentarla*. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf

Laurell, A. C. (Septiembre de 1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.

López del Val, T., del Olmo, D., Diago, J., Alcazar, V., Hernández, E., & Vázquez, C. (Mayo de 2001). *Scielo*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001000500009&script=sci_arttext&tlng=en

Lopez Hernandez, J., & Teodoro Mendez, M. (2006). la cosmovision indigena Tzotzil y Tzeltal a traves de la relación salud - enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. *Revista de sociedad, cultura y desarrollo sustentable*, 21.

López, P. L. (2004). *Scielo*. Recuperado el 13 de Enero de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012

Malheiro Oliveira, P., & Arruda Soares, D. (Octubre de 2012). *Scielo*. Recuperado el 03 de Abril de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400014&script=sci_arttext&tlng=en

Matarredonda Desantes, N. (septiembre de 2014). *scielo.org*. Recuperado el 22 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742014000200001

Miyahira Arakaki, J. M. (Enero de 2003). *Scielo Perú*. Recuperado el 22 de ABRIL de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100006

Naranjo Casamor, N., Casamor Cabrera, G., Casamor Lescaille, E. J., Abreu González, M. T., & Román Cabrera, J. C. (Mayo de 2018). *Incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos en el Policlínico Vedado en el año 2016*. Recuperado el 12 de Marzo de 2020, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300011

National institute of diabetes and digestive and kidney diseases. (junio de 2018). *National institute of diabetes and digestive and kidney diseases*. Obtenido de Los riñones y su funcionamiento: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/rinones-funcionamiento>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (Junio de 2018). *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2019, de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/rinones-funcionamiento>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (Junio de 2018). *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2109, de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-urologicas/aparato-urinario-funciona>

National Institute of diabetes and Digestiveand Kidney Diseases. (Febrero de 2014). *HHS.gov*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/presion-arterial-insuficiencia-renal>

NTX. (abril de 2018). *El informador*. Obtenido de <https://www.informador.mx/mexico/Mayoria-de-mexicanos-afiliados-a-alguna-institucion-de-salud-20180407-0048.html>

Observatorio de Biopolítica. (2017 de Mayo de 2017). *Biopolitica.net*. Recuperado el 22 de Agosto de 2020, de <https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/>

OMS. (Agosto de 2016). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

OMS. (s.f.). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización mundial de la salud. (1986). Carta de Ottawa para la promocion de la salud. *Una conferencia internacional sobre promocion de la salud, hacia un nuevo concepto de la salud publica*, (pág. 2). Ottawa.

Organizacion Mundial de la Salud. (2019). *who.int*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). *who.int*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *who.int*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2020, de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (25 de Marzo de 2013). *PAHO*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2019, de https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=centro-de-inmunoensayo&alias=363-bio-cie-umelisa-hcg&Itemid=226
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *paho.org*. Recuperado el 12 de Marzo de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=349&Itemid=40937&lang=es
- Orozco Gomez, Á. M., & Castiblanco Orozco, L. (2014). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Scielo.org* , 205.
- Ortiz, B. (2005). Medicina y salud en Mesoamerica. *Arqueología Mexicana* , 30.
- Otzen, T., & Manterola, C. (Marzo de 2017). *Scielo*. Recuperado el 13 de Enero de 2020, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037
- radiologyinfo.org. (2019). *radiologyinfo.org*. Obtenido de <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=kidneyfailure>
- Región de Murcia, Consejería de Salud. (23 de Julio de 2017). *Promoción y Educación para la Salud*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2019, de Blogs Murcia: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/23/8a-conferencia-mundial-de-promocion-de-la-salud/>
- Renal Medical. (2017). *Renal Medical*. Recuperado el 20 de febrero de 2020, de <https://www.renal-medical.com/filtros-para-hemodialisis/>
- Restrepo, H., & Malaga, H. (2001). *Promocion de la salud: como construir una vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Salud, Secretaria de. (2011). *Observatorio del desempeño hospitalario 2011*.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*. ciudad de México: Mcgraw Hill.
- Santamaría Rafael, G. M. (octubre de 2013). *Revista de Nefrología*. Obtenido de Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica: <https://www.revistanefrologia.com/es-presion-arterial-progresion-enfermedad-renal-articulo-X1888970013001180>
- Silberman, M., Moreno Altamirano, L., Kawas Bustamante, V., & González Almada, E. (Julio de 2013). *Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004
- Tamayo, J., & Lastiri, S. (2016). *La enfermedad renal crónica en México hacia una política nacional para enfrentarla*. Ciudad de México: intersistemas.

Tango, D. (08 de 05 de 2019). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>. Obtenido de Medline Plus.

Torres Zamudio, C. (enero de 2003). *Scielo Perú*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100001

Tortora, G., & Derrickson, B. (2006). El aparato urinario. En G. Tortora, *Principios de anatomía y fisiología* (pág. 1001). México: panamericana.

Tortora, G., & Derrickson, B. (2006). En G. Tortora, & B. Derrickson, *Principios de Anatomía y Fisiología* (pág. 1016). Panamericana.

Trujillo Condes, V. E. (Agosto de 2017). Procesamiento tubular del filtrado glomerular. Estado de México.

Universidad Católica de El Salvador. (s.f.). *Desarrollo Curricular de Ciencia Salud y Medio Ambiente*. Recuperado el 2019 de Noviembre de 29, de <https://sites.google.com/site/vanessaycienciasnaturales/home>

Universidad Naval. (s.f.). *Metodología de la investigación*. Recuperado el 09 de enero de 2020, de [gob.mx: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133491/METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133491/METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION.pdf)

Urbano Navajas, A. J., Torres Torres, L. F., Jurado Gamez, M. J., & Garrido, A. A. (2001). Patologías nefrourológicas en el adulto. En *Puesta al día Nefrología* (pág. 17). Fomación Alcalá.

Velazco, F. D. (1992). Aportaciones al estudio de los balnearios romanos de Andalucía: la comarca Guadix-Baza (Prov. de).

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Scielo* .

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Revista de salud publica* , 237.

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Revista de salud publica scielo* .

Villar Aguirre, M. (Octubre de 2011). *Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención*. Recuperado el 28 de Marzo de 2020, de [scielo Perú: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011)

Villar Aguirre, M. (Octubre de 2011). *Scielo*. Recuperado el 28 de Marzo de 2020, de Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011

WHO. (21 de Julio de 1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud del siglo XXI*. Obtenido de https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf