



Fecha de recepción: mayo 3 de 2022  
Fecha de aceptación: agosto 23 2022

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.02.519.328>

## Calidad asistencial en la enfermedad renal crónica desde la visión del médico de familia. Un estudio cualitativo

*Quality of care in chronic kidney disease from the perspective of the family doctor. A qualitative study*

MARÍA ISABEL ÁVALOS GARCÍA<sup>1</sup>, BRONIA DE FÁTIMA CADENAS PÉREZ<sup>2</sup>,  
HEBERTO ROMEO PRIEGO ÁLVAREZ<sup>3</sup>, ROSARIO ZAPATA VÁZQUEZ<sup>4</sup>,  
RICARDO GONZÁLEZ ANOYA<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias de la Salud por la Escuela Nacional de Salud Pública de la República de Cuba. Profesora Investigadora adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>. isaavalos67@hotmail.com

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 13, Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco (México). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1585-9139>.

dra.broniacadenas@hotmail.com

<sup>3</sup> Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Barcelona (España). Profesor investigador adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>. heberto\_priego@hotmail.com

<sup>4</sup> Doctora en Salud Pública y Gestión Sanitaria por la Universidad Salazar del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas. Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco (México).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8425-0522>. drarosariozapata@hotmail.com

<sup>5</sup> Especialista en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 39. Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco (México). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5699-9197>. anoyar@hotmail.com

**Correspondencia:** Heberto Romeo Priego Álvarez. Centro de Investigación, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Avenida Gregorio Méndez Magaña Núm. 2838-A Colonia Tamulté. C. P. 86100 Villahermosa, Tabasco (México). heberto\_priego@hotmail.com.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La visión del médico de familia en la calidad de la atención del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) es fundamental. La identificación de fortalezas y puntos críticos permitirá el desarrollo de mejoras en favor de los pacientes.

**Objetivo:** Explorar las perspectivas de calidad del médico de familia en la atención a los pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de primer nivel en Tabasco (México).

**Materiales y métodos:** Investigación cualitativa bajo el enfoque interpretativo realizada en dos grupos focales (12 médicos en atención directa a pacientes con ERC); como marco metodológico se empleó el Modelo de Avedis Donabedian: Estructura, Proceso, Resultados; para el análisis de los datos se empleó el *software* MAXQDA versión 2020.

**Resultados:** Los médicos de familia identificaron falta de material, equipo para la atención y medicamentos esenciales para los pacientes, inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, recursos humanos insuficientes, falta de evaluación y supervisión, desvinculación con segundo nivel, desapego al tratamiento, baja corresponsabilidad del paciente y nulo apoyo de la familia.

**Conclusión:** Estudiar las perspectivas de los médicos de familia permitió identificar desviaciones, que si son abordadas de manera integral, se convierten en áreas de oportunidad prioritarias para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

**Palabras clave:** calidad, enfermedad renal crónica, perspectiva.

## ABSTRACT

**Background:** The vision of the family doctor in the quality of care for patients with chronic kidney disease (CKD) is fundamental. The identification of strengths and critical points will allow the development of improvements in favor of patients.

**Objective:** To explore the quality perspectives of the family doctor in the care of patients with chronic kidney disease in a first level unit in Tabasco, Mexico.

**Materials and methods:** Qualitative research under the interpretive approach carried out in two focus groups (12 doctors in direct care of patients with CKD), as a methodological framework the Avedis Donabedian Model was used: Structure, Process, Results, for the analysis of the data the software was used. MAXQDA version 2020.

**Results:** Family doctors identified a lack of material, equipment for care and essential medicines for patients, inaccessibility to laboratory tests, insufficient human resources, lack of evaluation and supervision, disassociation with the second level, non-adherence to treatment, low patient co-responsibility and no family support.

**Conclusion:** Studying the perspectives of family doctors made it possible to identify deviations that, if addressed in an integral manner, become priority areas of opportunity for the continuous improvement of the quality of health services.

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

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de relevancia para la salud pública mundial por tres razones: su prevalencia crece de forma acelerada, los gastos exorbitantes que representa para los gobiernos y el deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen. Es la decimosexta causa principal de años de vida perdidos en el mundo (1); la progresión de esta enfermedad lleva a una etapa avanzada si se retrasa su detección y si la prevención de su desarrollo no es efectiva. La enfermedad renal en etapa terminal (ERT) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de la ERC y otras enfermedades, como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y obesidad (2,3).

Aunado a todo esto, la literatura mundial reporta que la ERC aumentó la gravedad y riesgo de muerte en la infección por Covid-19, seguida de la diabetes, inmunosupresión, obesidad, hipertensión y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1,2).

En México, aproximadamente el 11 % de la población general padece enfermedad renal crónica. Las personas que reciben tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue de 32 762 (44 %) y con diálisis peritoneal 40 968 (56 %) (3).

Tal situación hace que se convierta en una prioridad que los médicos de familia otorguen una atención de calidad en el manejo del paciente, poniendo especial cuidado en la detección, preven-

ción y retraso de la progresión de esta enfermedad. Sin olvidar que la enfermedad crónica produce una crisis de desmoralización en el paciente y pone en riesgo la homeostasis familiar.

En la medicina familiar evaluar la calidad es una actividad esencial, ya que en el primer nivel de atención es en el que se resuelven el 85 % de las demandas por salud; el equipo multidisciplinario bajo el liderazgo del médico de familia es la base fundamental de la respuesta social organizada a los problemas prevalentes de salud de la población. En el caso especial de las enfermedades crónicas, trabajar con el paciente y la familia en crisis durante las etapas de negación, miedo, ira, aceptación y resolución es primordial (4).

Al evaluar la calidad en la atención a la salud se destacan factores inherentes al médico, a la institución, al paciente y a los factores del entorno. Existen cinco elementos fundamentales de la calidad definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): elevado grado de excelencia en el personal de salud; utilización óptima de los recursos; mínimo riesgo para el usuario; satisfacción con la atención e impacto en el bienestar de la colectividad (5).

Avedis Donabedian, pionero de la calidad en salud, propuso evaluar la calidad en tres dimensiones: Estructura, Proceso y Resultados. En *estructura* se consideran las instalaciones, los medios materiales y humanos para proporcionar la atención, así como su forma de organización y control. En el *proceso* de la atención se estudian los procedimientos de la atención con todo lo que implica el aspecto interpersonal y técnico. Los *resultados* de la atención incluyen los cambios en el estado de la salud del paciente (9, 10).

Evaluar las intervenciones de salud desde diversos enfoques es actualmente una necesidad, ya que permite la reingeniería de los procesos, la mejora continua y el aseguramiento de la calidad.

Esta investigación cualitativa con enfoque gerencial tiene como propósito explorar las perspectivas de calidad del médico de familia en la atención a los pacientes con enfermedad renal crónica en una unidad de primer nivel en Tabasco (México), con la finalidad de crear estrategias para la mejora en las intervenciones de salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo y gerencial de tipo exploratorio bajo el paradigma interpretativo en 12 médicos de familia que dan atención directa a los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El enfoque del estudio fue el análisis de las perspectivas de calidad con base en su práctica profesional, cuyo propósito fue describir la realidad tal como la experimentan los médicos de familia, tomando como marco metodológico el modelo clásico de Avedis Donabedian: Estructura, Proceso y Resultado (9).

La investigación se llevó a cabo en una unidad médica familiar de la seguridad social, en ambos turnos, en el periodo de noviembre 2019 a diciembre de 2020, en Villahermosa (México).

Se obtuvo una muestra de casos homogéneos en la que participaron 12 médicos en dos grupos focales, quienes aceptaron participar en el estudio voluntariamente bajo consentimiento informado.

Para el trabajo con los grupos se tomaron en cuenta las características cualitativas del estudio, por lo que se buscaron instalaciones cómodas con la privacidad apropiada para que los informantes se expresaran abiertamente. La flexibilidad del ambiente grupal permitió al entrevistador a cargo conocer las perspectivas de calidad de los médicos de familia en tres categorías de análisis sistémico: Estructura, Proceso y Resultados de la atención.

El proceso investigativo fue minuciosamente cuidado, empleando videgrabadora, cámara fotográfica y equipo de audio con permiso de los participantes; las opiniones se transcribieron de manera literal, respetando su autenticidad. Se elaboraron notas de campo para registro de acontecimientos y experiencias relevantes. El tiempo promedio de la sesión con los grupos fue de 90 minutos en dos rondas. Para la obtención de los datos se utilizó una guía de entrevista validada por tres expertos y se realizó una prueba piloto de las preguntas detonadoras.

Para el procesamiento y análisis de contenido se empleó el Programa MAXQDA versión 2020, cuidando la integridad con que fueron expresados los discursos; se realizó un proceso de análisis-síntesis, a través de la saturación de los discursos, derivando en conclusiones.

Este estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud, en las normas y principios bioéticos internacionales y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los discursos de los médicos de familia, de acuerdo con las categorías analizadas.

### **Perspectivas del médico de familia sobre la calidad de la atención en el paciente con enfermedad renal crónica**

La calidad, desde la experiencia de los médicos en el estudio, se refiere a una atención y cuidado humanizado, otorgado con eficiencia, completo y oportuno, que se relaciona con lo que el paciente espera para estar satisfecho. Los informantes dan importancia a la existencia y suficiencia de recursos, disponer de tiempo para dar la atención, favorecer los planes terapéuticos y coadyuvar de manera efectiva supliendo la sensación de pérdida de la salud del paciente. Destacan un elemento esencial para garantizar la calidad del control: el vínculo de corresponsabilidad entre el paciente, el médico y la familia.

Calidad es dar una atención eficiente, con los recursos que tenga a la mano, cumpliendo con las expectativas de mi paciente. (Médico, 45 años, 2 empleos, 22 años de antigüedad).

La calidad debe de ser de lo mejor, debo contribuir a mejorar esa sensación de pérdida que tienen los pacientes, favorecer el apego al tratamiento y planes de alimentación, todo con la corresponsabilidad del paciente y la familia. (Médica, 58 años, 1 empleo, 22 años de antigüedad).

\*

Para mí la calidad es una serie de pasos estructurados que se hacen para dar una atención en los puntos favorables para que el paciente cumpla con sus expectativas. (Médico, 35 años, 2 empleos, 5 años de antigüedad).

\*

¿Calidad? Es tiempo... es darle la oportunidad al paciente que exprese los motivos por los que viene a consulta, ¿no? Calidad más que nada es el tiempo, ¿no?

(Médico, 45 años, 2 empleos, 22 años de antigüedad).

\*

Para mí una atención de calidad sería una atención personalizada. (Médica, 35 años, 2 empleos, 6 años de antigüedad).

## Perspectivas del médico de familia en cuanto a la estructura para otorgar atención al paciente con ERC

Los médicos de familia externaron que en la institución de seguridad social donde laboran identifican escasez de materiales, equipo, medicinas específicas para los pacientes, reactivos y laboratoriales. Por otra parte, opinan que no se cuenta con recursos humanos suficientes, como personal de psicología y nefrología, para el segundo nivel de medicina especializada, lo que obstaculiza la atención de calidad al usuario con ERC. Otro aspecto de singular importancia que limita el manejo adecuado y la evolución satisfactoria de la enfermedad es el surtimiento incompleto de medicamentos y aditamentos para diálisis y hemodiálisis que los pacientes con bajo poder adquisitivo no logran obtener oportunamente.

Nosotros en el primer nivel de atención estamos limitados por todo, pero el hecho de carecer de laboratorios para la valoración adecuada de creatinina, el no poder otorgar medicamentos adecuados, como eritropoyetina, no sé, creo que esa es la limitación más grande para nosotros. (Médico, 44 años, 2 empleos, 5 años de antigüedad).

\*

Considero que como son pocos nefrólogos, tienen mucha cantidad de pacientes y, por lo tanto, las citas son bastante prolongadas en segundo nivel. (Médica, 36 años, 1 empleo, 10 años de antigüedad).

\*

Nuestros pacientes en algún momento requieren apoyo psicológico para las derivaciones de segundo nivel; esa sería principalmente la carencia de recurso humano. (Médica, 35 años, 2 empleos, 6 años de antigüedad laboral).

\*

Aquí pues no tenemos todos los equipos; en lo que he podido he comprado mis aparatos. (Médica, 29 años, 2 empleos, 2 años de antigüedad laboral).

No logran surtirles bolsas para diálisis, y ellos, por la economía baja, no la compran, entonces se retrasan en su tratamiento. (Médica, 36 años, 1 empleo, 10 años de antigüedad laboral).

## Perspectivas de calidad del médico de familia sobre el proceso de la atención al paciente con ERC

En lo que respecta al proceso de la atención médica, los informantes expresan que actividades técnicas indispensables del proceso administrativo como la supervisión y la evaluación de logros específicos en ERC no se llevan a cabo en su centro laboral. La falta de vinculación con medicina especializada mediante el expediente clínico electrónico es otra situación que también obstaculiza el seguimiento del paciente y el control terapéutico, por tanto, no se logra alcanzar una valoración completa del padecimiento.

Los médicos también indicaron que se capacitan en ERC a través de bibliografía científica actualizada y mediante cursos ofrecidos por la organización a la que están adscritos.

A nosotros como médicos no nos han realizado supervisión como tal dirigida específicamente a un paciente con enfermedad renal crónica. (Médica, 35 años, 2 empleos, 6 años de antigüedad laboral).

\*

La principal barrera es que aún tenemos mucha dificultad de enlace del expediente de Medicina familiar con el expediente de segundo nivel. (Médica, 58 años, 1 empleo, 22 años de antigüedad laboral).

... pues generalmente me capacito leyendo artículos, algún curso que se nos facilite tanto en la plataforma de aquí del Instituto o algún curso personal que yo quiera tomar. (Médica, 38 años, 1 empleo, 11 años de antigüedad laboral).

\*

No hay ningún procedimiento de evaluación hasta la fecha, bueno, que yo conozca, o que me hayan hecho. (Médica, 52 años, 1 empleo, 23 años de antigüedad laboral).

## Perspectivas del médico de familia sobre el resultado de la atención al paciente con ERC

Al emitir su visión en cuanto a esta categoría de análisis, los especialistas en medicina de familia se expresaron con un sentido altamente crítico acerca del papel del paciente y su núcleo familiar. Reconocen como un obstáculo importante que la familia del enfermo crónico no se integre y no lo apoye en el control de su padecimiento. Por otro lado, destacan la falta de adherencia al tratamiento, al paciente lo perciben con una actitud pasiva y negativa frente a la enfermedad.

Apoyo de su propia familia no hay. (Médico, 45 años, 2 empleos, 22 años de antigüedad laboral).

Una barrera que he observado es que el paciente cae en una actitud de indiferencia, de tristeza, de depresión, de apatía y no participa tan activamente en el control de la enfermedad. (Médica, 58 años, 1 empleo, 32 años de antigüedad laboral).

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

La calidad asistencial en la enfermedad renal crónica desde la visión de los médicos de familia se alcanza tomando en cuenta aquellos factores que desde su práctica profesional y concepción holística consideran como esenciales. figura 1



1.

Las perspectivas identificadas según las dimensiones de la calidad bajo un enfoque sistémico es el producto de un cúmulo de experiencias vividas y retos a los que se enfrentan diariamente estos profesionales, tal y como se puntualiza en la tabla 1.

Tabla 1. Calidad Asistencial en la enfermedad renal crónica (ERC) desde la visión del médico de familia			
DIMENSIÓN	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<b>ELEMENTOS IDENTIFICADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carencia de equipo, medicamentos esenciales, reactivos, análisis de laboratorio, materiales para diálisis y recursos humanos insuficientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desvinculación entre nivel primario y nivel secundario para seguimiento del paciente a través del expediente clínico</li> <li>Falta de supervisión</li> <li>Falta de evaluación de logros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El paciente no acepta su enfermedad</li> <li>Manifiesta indiferencia, apatía, tristeza y depresión</li> <li>Inasistencia a las citas de control médico</li> <li>Baja corresponsabilidad</li> <li>Baja adherencia al tratamiento</li> <li>Nulo apoyo de la familia.</li> </ul>

**Nota:** elaboración propia a partir de lo establecido por Avedis Donabedian (1996) sobre las dimensiones de la calidad de atención médica.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan aquellas debilidades identificadas por los médicos como oportunidades de mejora en la atención no solo del paciente con ERC sino también de la familia.

Los médicos de familia expresan que para otorgar una atención de calidad es necesario disponer de los recursos en consideración de lo que el paciente espera y necesita.

La atención al usuario con esta enfermedad crónica debe ser humana, integral, oportuna, tomando en cuenta el detrimento de la calidad de vida y su estado emocional. Proporcionar una explicación completa, sencilla y clara, mitigar las complicaciones, favorecer el apego al tratamiento e

involucrar a la familia son esenciales para conseguir un buen manejo. Estos resultados coinciden con estudios que documentan el éxito de una atención centrada en el paciente y la familia que sea integral, que incluya un abordaje biopsicosocial y fomente la participación de la persona en la toma de decisiones con respecto a su padecimiento (11). Asimismo, opinan que con el control médico se debe limitar el avance de la patología y el daño a órganos y sistemas, evitando otras morbilidades asociadas (12). En este sentido, es importante en la medicina familiar establecer guías anticipadas tomando en cuenta la fase del ciclo vital de la familia.

Las brechas de la calidad que identifican los médicos de familia para el control adecuado de la enfermedad es la restricción a los laboratoriales necesarios para el paciente, lo que genera atraso en las derivaciones y diagnósticos tardíos que permiten el avance de las complicaciones. Estos datos coinciden con lo publicado por Nash y Bello en Canadá y por Mérida de la Torre en España, quienes identifican como una barrera y área de oportunidad la inaccesibilidad a pruebas de laboratorio confirmatorias para la enfermedad renal crónica y el seguimiento para evitar la progresión de la enfermedad (13,14,15).

Otra carencia detectada como obstáculo para otorgar una atención de calidad en el servicio fue la falta de medicamentos esenciales para la atención de los pacientes, así como no contar con nefrólogos y psicólogos como parte del equipo básico para lograr un manejo integral, adecuado y oportuno, que evite las citas prolongadas y la derivación al paciente en etapas renales tardías. Un resultado similar fue observado en Brasil, donde no se contaba con cantidades suficientes de medicación para atender la demanda (16). Por otra parte, en EE. UU. Greer señala como limitante para el control adecuado del usuario la desvinculación en el seguimiento con nefrología; lo que imposibilita el flujo de información entre el nivel primario y secundario en detrimento de una atención oportuna y de calidad(17).

Los entrevistados consideraron como una barrera la dificultad en el enlace y manejo del expediente clínico electrónico por segundo nivel; lo que restringe al médico de familia observar las notas de nefrología, lo cual dificulta la retroalimentación sobre la evolución del paciente. Un aspecto identificado como importante para mejorar en el expediente clínico es adicionar un apartado para registrar el cálculo de la tasa de filtrado glomerular para diagnóstico oportuno y derivaciones tempranas. En relación con este resultado, Thomas publicó que el instrumento de activación de la tasa calculada de filtración glomerular (eGFR) establecida con información de la historia médica

electrónica se adaptaba a la operatividad y garantizaba la seguridad del paciente en el control y seguimiento oportuno (18).

Casi la totalidad de las opiniones de la población estudiada concordaron en que falta evaluar y supervisar el trabajo médico con los pacientes y la familia con enfermedad renal crónica. Casas revela que evaluar debiera ser un proceso continuo, para estimar las capacidades saberes y juicio del médico de familia en su práctica clínica (19).

Los médicos mencionan como un dato sobresaliente que algunos pacientes aún no aceptan el diagnóstico, no se adhieren al tratamiento, son renuentes, con una actitud negativa, sin conocimiento de su padecimiento, confiando más en tratamientos alternos de dudosa efectividad. Datos similares al estudio de Sperati, quien reporta en el paciente la poca conciencia de la enfermedad y cumplimiento deficiente de las recomendaciones de tratamiento (20).

El grupo de especialistas médicos refieren que la actitud triste, indiferente, apática y depresiva que observan en el paciente es una causa de frustración en su ejercicio médico. Información que coincide con un estudio en el que los pacientes crónicos manifestaron actitud negativa, miedo y emociones como ira y tristeza (21). En tal contexto se destaca el proceso desmoralizante por el que atraviesa la familia de un paciente con ERC; el duelo por la pérdida de la salud, pasando por varias etapas, es motivo para que el médico de familia sea capaz de identificar la crisis, ofertar apoyo, promover la identificación y utilización de los recursos familiares y planificar las guías anticipadas.

Todo esto asociado a polifarmacia, actividades rutinarias, tener muchos años con el padecimiento, falta de adherencia terapéutica y deterioro del paciente. En otra investigación se encontró prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con ERC (22).

La falta de apoyo del núcleo familiar es considerada por los entrevistados como otra barrera en el manejo del padecimiento, y recalcan que el papel de la familia es determinante como soporte en el plan de tratamiento. El núcleo familiar tiene un papel fundamental en la salud de sus miembros en cuanto a su desarrollo, mantenimiento y recuperación (23). Por su parte, Garza Elizondo destaca la importancia de que el médico conozca a la familia de su paciente y la integre en el cuidado de la salud y la enfermedad (24). Sarmiento revela que la familia del paciente con enfermedad renal crónica está implicada en el desarrollo del tratamiento y sus consecuencias (25). Otra publicación concuerda con esta postura reportando que el apoyo familiar es una herramienta fundamental

(26). Aquí se destaca la importancia de plantear la necesidad de ver la enfermedad renal crónica desde un punto de vista sistémico, es decir, no son pacientes con ERC, son familias con ERC.

Una brecha en la calidad identificada relativa al paciente fue la falta de compromiso y responsabilidad en el autocontrol. Otra es el hecho de que el paciente no asista de manera regular a sus citas de seguimiento en el nivel primario y secundario, situación que también entorpece los planes de tratamiento.

Hoy día existen estrategias efectivas para paliar esta problemática, como se muestra en un estudio publicado en Londres en el que se emplearon video consultas (clínicas virtuales), lo cual facilitó la accesibilidad de los usuarios a su control médico, y se alcanzó un mejor seguimiento de la ERC y un elevado grado de satisfacción entre los usuarios y médicos (27).

Otra medida de gran relevancia es la creación de grupos de ayuda mutua como un espacio de socialización y recurso para una mejor adherencia terapéutica, lo cual propicia el empoderamiento de los pacientes crónicos en condiciones vulnerables (28, 29).

Las áreas de nutrición, medicina preventiva y trabajo social trabajan de manera coordinada con medicina familiar en el control del paciente. Dato coincidente con un estudio que enfatiza la necesidad de crear estrategias eficientes que promuevan la colaboración entre el equipo de atención médica dentro de la atención primaria de salud y el nivel especializado para la detección y manejo eficiente de la ERC (30).

## CONCLUSIONES

En esta investigación se muestra la situación de la calidad desde la experiencia de los especialistas en medicina familiar, quienes tienen la responsabilidad de dar atención integral y sistémica a los pacientes con enfermedad renal crónica.

Las perspectivas exploradas permitieron exponer las desviaciones, que bien tratadas desde las vertientes analizadas se convierten en áreas de oportunidad prioritarias para la mejora continua de la calidad asistencial.

El apoyo decidido de la familia, la atención del médico libre de actitudes hegemónicas, aunado a las estrategias de empoderamiento centradas en el paciente, son factores claves para disminuir las brechas detectadas.

La figura del médico de familia, sin duda es un recurso valioso para las instituciones de salud, para los pacientes y para las familias, por lo que es necesario tomar medidas urgentes para apoyar su práctica.

**Financiación:** ninguna.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

## REFERENCIAS

1. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA*. 2019; 322 (13): 1294-1304. Doi: 10.1001 / jama.2019.14745.
2. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Halle MP, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet*. 2015, 385, 1975-1982. Doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61601-9).
3. Poll Pineda J, Rueda Macías N, Poll Rueda A, Mancebo Villalón A, Arias Moncada L. Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *MEDISAN*. 2017; 21(9):2010-2017. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n9/san06219.pdf>.
4. Hernández-Galdamez DR, González-Block MÁ, Romo-Dueñas DK, Lima-Morales R, Hernández-Vicente IA, Lumbreras-Guzmán M, Méndez-Hernández P. Increased Risk of Hospitalization and Death in Patients with COVID-19 and Pre-existing Noncommunicable Diseases and Modifiable Risk Factors in Mexico. *Arch Med Res*. Oct 2020;51(7):683-689. Doi: 10.1016/j.arcmed.2020.07.003. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32747155; PMCID: PMC7375298.
5. Parra-Bracamonte GM, Lopez-Villalobos N, Parra-Bracamonte FE. Clinical characteristics and risk factors for mortality of patients with COVID-19 in a large data set from Mexico. *Ann Epidemiol*; Dec 2020;52:93-98.e2. Doi: 10.1016/j.annepidem.2020.08.005. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32798701; PMCID: PMC7426229.
6. Méndez-Durán A. Evolución del tratamiento sustitutivo de la función renal en México en los últimos 10 años, *Nefrología*, 2021; 41(Issue 1): 82-83. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.02.004>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699520300382>.
7. Armas Guerra N, Díaz Muñoz L. Entre voces y silencio. Las familias por dentro. *Una guía para el trabajo con familias*. Quito (Ecuador): Ediciones América. <https://docplayer.es/35702787-Entre-voces-y-silencios-las-familias-por-dentro.html>.

8. Gilmore C, Moraes H. HSP-UNI/*Manuales Operativos PALTEX de la OMS*, Vol. III.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44: 166-203. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
10. Donabedian A. *The quality of medical care. Science.* 1978;200:856-64. <https://doi.org/10.1126/science.417400>.
11. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi [How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study]. *Aten Primaria.* Enero 2022;54(1):102232. Spanish. Doi: 10.1016/j.aprim.2021.102232. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34800871; PMCID: PMC8605066.
12. Vassalotti J, Centor R, Turner B, Greer R, Choi M, Sequist T. Practical Approach to Detection and Management of Chronic Kidney Disease for the Primary Care Clinician. *The American Journal of Medicine.* 2016; 29 (2): 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.025>.
13. Nash DM, Brimble S, Markle-Reid M, McArthur E, Tu K, Nesrallah GE, Grill A, Garg AX. Quality of Care for Patients With Chronic Kidney Disease in the Primary Care Setting: A Retrospective Cohort Study From Ontario, Canada. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease.* 2017;4:1-14. <https://doi.org/10.1177/2054358117703059>.
14. Bello AK, Ronksley PE, Tangri N, et al. Calidad del tratamiento de la enfermedad renal crónica en la atención primaria canadiense. *JAMA Netw Open.* 2019; 2 (9): e1910704. Doi: 10.1001 / jamanetworkopen.2019.10704.
15. Mérida de la Torre FJ, Bel Peña N. Ampliar la cartera de servicio de laboratorio en Atención Primaria no incrementa el gasto. *Medicina de Familia. Semergen.* 2020; 46(1): 41-45. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359319303594>. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.09.003>.
16. Paula EA, Costa MB, Colugnati FA, Bastos RM, Vanelli CP, Leite CC, Caminhas MS, Paula RB. Strengths of primary healthcare regarding care provided for chronic kidney disease. *Rev Lat Am Enfermagem.* 9 Sep 2016;24(0):e2801. doi: 10.1590/1518-8345.1234.2801. PMID: 27627122; PMCID: PMC5048726.
17. Greer R, Liu Y, Cavanaugh K, Diamantidis M, et al. Primary Care Physicians' Perceived Barriers to Nephrology Referral and Co-management of Patients with CKD: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2019; 34(7):1228-1235. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04975-y>.

18. Thomas N, Rajabzadeh V, Hull S. Using chronic kidney disease trigger tools for safety and learning: a qualitative evaluation in East London primary care. *Br J Gen Pract.* 2019; 26:687. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455641/>.
19. Casas D., Rodríguez A, Tapia E, Camacho E, Rodríguez R. Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica. *Revista de Medicina e Investigación, Elsevier.* 2014; 2(2):100-106. [https://doi.org/10.1016/s2214-3106\(15\)30005-4](https://doi.org/10.1016/s2214-3106(15)30005-4).
20. Sperati CJ, Soman S, Agrawal V, Liu Y, Abdel-Kader K, et al. Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: A mixed methods study. *PLOS ONE.* 2019; 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221325>.
21. García-Reza C, Cruz Campuzano E, Gómez Torres D, Toxqui Tlachino MJ, Sosa García BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. *Rev. Enf. Esc Anna Nery.* 2014;18(4):562-569. <https://www.scielo.br/j/ean/a/787GGqGDj5cHznKvsDKRxXz/?lang=es&format=pdf>.
22. Mosleh H, Alenezi M, Johani S, Alsani A, Fairaq G, Bedaiwi R. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Crosssectional Single-Center Study in Saudi Arabia. *Cureus.* 2020;12(1):1-11. <https://doi.org/10.7759/cureus.6668>.
23. Martín A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/atencion-familiar-y-salud-comunitaria/martin-zurro/978-84-9113-227-1>.
24. Garza T: Trabajo con familias. Aplicaciones. En: Garza ET, editor. Trabajo con familias. México: UANL; 2009. p.123-124.
25. Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Semergen.* 2019;30(20):30. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.011>.
26. Rodríguez Torres A, Camacho Ruiz EJ, Escoto Ponce de León MC, Contreras Landgrave G, Casas Patiño D. Social representation of family support for diabetic patients in users of a family medicine unit in Chalco, State of Mexico. *Medwave* 2014;14(07):e6011 Doi: 10.5867/medwave.2014.07.6011.
27. Casco SA, Rajabzadeh V, Thomas N, Hoong S, Dreyer G, Rainey H, Ashman N. Do virtual renal clinics improve access to kidney care? A preliminary impact evaluation of a virtual clinic in East London. *BMC Nephrol.* 10 enero 2020;21(1):10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31924178/>.

28. Juárez-Ramírez C, Treviño-Siller S, Ruelas-González MG, Théodore F, Pelcastre-Villafuerte BE. Los Grupos de Ayuda Mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes. *Salud Pública Mex.* 22 diciembre 2020;63(1):12-20. Doi:10.21149/11580.
29. Montesi L. 'Si no me cuido yo, ¿quién lo hará?' Sujetos de autocuidado en los grupos de ayuda mutua de Oaxaca. *Antropología y Medicina*, 2020, 27:4, 380-394. Doi: 10.1080/13648470.2020.1715010.
30. Rico-Landazábal A, Perea D, Garizabalo O, Sanabria M, Vesga J, Ronderos I, Muñoz F, Laganis S, López P. Programa de prevención de la enfermedad renal crónica basado en redes integradas de servicios en Colombia [Program for the prevention of chronic kidney disease based on integrated service networks in Colombia]. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. Marzo abril 2017;19(2):171-176. Spanish. Doi: 10.15446/rsap.v19n2.45110. PMID: 30183956.