



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

**“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ANTE EL USO DE
ANALGÉSICOS NO ESTEROIDES EN PACIENTES CON NEFROPATÍA
DIABÉTICA EN LA UMF N 02”**

**NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS:
R-2018-2103-027**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ANDREA XOCHITL ACEVEDO GONZÁLEZ**

**DIRECTORES DE TESIS:
DRA. GABRIELA BRAVO DE LA ROSA
DR. JUAN HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ**

FEBRERO 2020

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2, bajo la Dirección de la Dra. **Gabriela Bravo De la Rosa** y el Dr. **Juan Hernández Domínguez** con el título de **“Determinación de la calidad de vida ante el uso de analgésico no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF 02”**, registró ante el IMSS SIRELCIS R-2018-2103-027, cuyo autor principal es Dra. Andrea Xochitl Acevedo González. Residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión. Firmo al calce.

Atte.

Dra. **Gabriela Bravo De la Rosa**

Dr. **Juan Hernández Domínguez**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2103 con número de registro 17 CI 21 114 023 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 006 2017103.
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA Martes, 03 de julio de 2018.

DRA. GABRIELA BRAVO DE LA ROSA
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Determinación de la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla.

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2103-027

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS

SECRETARÍA Y SUBDIRECCIÓN

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de seguir creciendo en esta noble institución.

Agradezco a la UMF 02 por proporcionarme la estructura para el desarrollo de mi especialidad; así como en el desarrollo y perfección de mis habilidades.

Gracias a los profesores por su tiempo, enseñanzas y comprensión para la adquisición de habilidades y fortalezas, ayudándome a perfeccionar mis conocimientos.

Agradezco a mis amigos por ser mi impulso y ejemplo para ser mejor.

DEDICATORIA

Primero que nada, quiero agradecer a Dios por permitirme vida para disfrutar de esta profesión. Mi Dios ha sido mi fuerza y motor para seguir en momentos difíciles.

Agradezco a mi familia por ser parte de mi motor para continuar siendo mi inspiración diaria. A mi madre por su amor, paciencia, palabras de apoyo y sabiduría que hicieron que mi camino fuera ligero. A mis hermanos por todo su apoyo, amor - tienen una hermana despistada-. A mi sobrina porque a través de su amor e inocencia sin saberlo me inyectaba energía en mis días sombríos de mi profesión.

Agradezco en especial a mi amado Miguel quien, a través de su amor, perseverancia y ejemplo, me enseñó a seguir adelante creyendo en mi misma. Gracias a mis amigos que estuvieron a lo largo de risas, aventuras, tristezas, enojo; gracias a sus palabras, compañía, sonrisas hicieron de la residencia un camino más ligero. Gracias a aquellos maestros que, aunque fueron pocos me ayudaron a cimentar mis conocimientos y fomentar mi aprendizaje. Gracias a mis pacientes quienes muchas veces por su necesidad o dolor permitieron que yo aprendiera dejándome lecciones de vida. Gracias a mis compañeras enfermeras(os) que me apoyaron y enseñaron.

Contenido

| | |
|---|----|
| 1.- RESUMEN | 7 |
| - ABSTRACT | 10 |
| 2.- INTRODUCCIÓN | 12 |
| 3.-ANTECEDENTES | 14 |
| 3.1 Antecedentes Generales | 14 |
| 3.2 Antecedentes específicos | 22 |
| 4.- JUSTIFICACIÓN | 28 |
| 5.-. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 30 |
| 6.- HIPÓTESIS | 31 |
| 7.-. OBJETIVOS | 32 |
| 7.1 Objetivo general: | 32 |
| 7.2 Objetivos Específicos: | 32 |
| 8. MATERIAL Y MÉTODOS | 33 |
| 8.1 Diseño del estudio. | 33 |
| 8.2 Ubicación espacio y tiempo | 33 |
| 8.3 Selección de la muestra | 33 |
| 8.5 Diseño y tipo de muestreo | 34 |
| 8.6 Tamaño de la muestra. | 34 |
| | 35 |
| 8.7 Definición de las variables y escalas de medición. | 35 |
| 8.7.1 Definición operacional | 35 |
| 8.8 Método de recolección de datos | 38 |
| 8.9 Análisis de datos. | 38 |
| 9. Resultados. | 39 |
| 10.- Discusión | 47 |
| 11.- Conclusión | 49 |
| 12.- Propuestas. | 50 |
| 13.- Anexos. | 51 |
| 14. Bibliografía | 57 |

1.- RESUMEN

TÍTULO

“Determinación de la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla”.

AUTORES

Dra. Gabriela Bravo De La Rosa. Unidad de Medicina Familiar UMF2 1. MCE Juan Hernández Domínguez. Profesor de Tiempo Completo. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Dra. Andrea Xochitl Acevedo González.U.M.F.2,

MARCO TEÓRICO

La Enfermedad renal afecta a cerca del 10% de la población mundial. En España aproximadamente 4 millones de personas padecen ERC. De ellas unas 50.909 están en tratamiento renal sustitutivo, la mitad en diálisis y el resto con un trasplante renal funcional. La Insuficiencia renal es causada principalmente por padecimientos crónico degenerativos mal controlados, entre los que destacan la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, ambos con altos índices de prevalencia en México.

OBJETIVO

Con este estudio se pretende: Determinar la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética de la UMF N°2, IMSS Puebla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, prospectivo, unicéntrico. Se entrevistó y se aplicó la encuesta de datos sociodemográficos e instrumentos de estudio: cuestionario SF-12 y Escala de Morisky. Este Estudio se desarrolló en el ámbito de la atención primaria con pacientes que contaban con el diagnóstico de Nefropatía diabética adscrito a la U.M.F.No.2 IMSS en Puebla. Se identificaron las características sociodemográficas del paciente con nefropatía diabética. Se identificó la administración de analgésicos no esteroideos en pacientes con nefropatía diabética. Se evaluó la calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética. Todo esto a través de variables independientes: Sexo, Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación. Variables dependientes: Administración de analgésicos y calidad de vida.

Las condiciones de la diabetes mellitus ya implican un deterioro de la calidad de vida del paciente, aunado a esto, el dolor frecuente por la misma neuropatía da pie a que los pacientes consuman analgésicos, de los cuales muchas veces son automedicados y otras veces proporcionados por sus médicos; dichos esquemas la mayoría de las veces no son personalizados y ajustados a su funcionamiento renal. De ahí la importancia de realizar este estudio. Dicho estudio se desarrolló desde la aprobación de este; durante el periodo Julio 2018- marzo 2019.

RESULTADOS

La muestra final está integrada por 252 pacientes adscritos a la UMF 02. La edad promedio de la población estudiada es de 67.48 años lo cual corresponde a un 6.8% de la población que acude a valoración mensual. De acuerdo con el género encontramos un número mayor de mujeres 152 que corresponde al 60.3%; con un número de hombres de 100 que corresponde al 39.6%. De acuerdo con el estado civil: casados 185(73.4%); solteros 30(11.9%); viudos 35(13.8%) y unión libre 2(0.79%). Escolaridad: Analfabeta 18(7.14%); Primaria139(55.1%); Secundaria73(28.9%); Preparatoria 20(7.9%); Licenciatura 2(0.79%).

Sobre la calidad de vida: Muy buena 5(1.98%), Buena 47(17.85%), Regular 138(54.76%) y Mala 64(25.39%)

De acuerdo con el Morisky 8: Predomina Morisky 8 que equivale a baja adherencia por parte de los pacientes hacia su tratamiento. Por lo que refiere al uso de AINE´s el 23.01% de la población estudiada los utiliza; siendo el Diclofenaco el más utilizado (8.7%); de los cuales tienen una indicación adecuada el 48.27%. Los pacientes que se encuentran en estadio G3 corresponde al 1.98%.

- ABSTRACT

TITLE

“Determinación de la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla”.

AUTHORS

Dra. Gabriela Bravo De La Rosa. Unidad de Medicina Familiar UMF2 1. MCE Juan Hernández Domínguez. Full time teacher Center for Educational Research and Teacher training. Dra. Andrea Xochitl Acevedo González.U.M.F.2,

THEORETICAL FRAMEWORK

Kidney disease affects about 10% of the world’s population. In Spain approximately 4 million people suffer from CKD. Of these, about 50,909 are undergoing renal replacement, half on dialysis and the rest with a functional renal transplant. Renal impairment is mainly caused by chronic, poorly controlled degenerative conditions, among wich Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension, both with high prevalence rates in Mexico.

OBJETIVE

This study aims to: Determine the quality of life when using nonsteroidal analgesics in patients with diabetic kidney disease of FMU N°2, IMSS Puebla.

MATERIAL AND METHODS

Analytical, prospective, single center study. The survey of sociodemographic data and study instruments was interviewed and applied: questionnaire SF-12 and

Morisky Scale. This study was carried out in the field of primary care with patients who had the diagnosis of Diabetic -nephropathy assigned to the F.M. U.No.2 IMSS in Puebla. The sociodemographic characteristics of the patient with diabetic nephropathy were identified. The administration of nonsteroidal analgesics was identified in patients with diabetic nephropathy. The quality of life was evaluated in patients with diabetic nephropathy. All this through independent variables: Sex, age, schooling, status marital, occupation. Dependent variables: Administration of analgesics and quality of life.

The conditions of diabetes mellitus already imply a deterioration of the patient's quality of life, coupled with this, the frequent pain due to the same neuropathy gives rise to patients consuming analgesics, of which they are often self-medicated and sometimes provided by their doctors; these schemes are most often not personalized and adjusted to your renal functioning. Hence the importance of conducting this study. This study was developed since the approval of this; during the period July 2018- March 2019.

RESULTS

The final sample is made up of 252 patients assigned to the FMU 02. The average age of the population studied is 67.48 years, which corresponds to 6.8% of the population that attends monthly assessment. According to gender, we found a larger number of women 152, corresponding to 60.3%; with a number of men of 100 that corresponds to 39.6%. Schooling: Illiterate 18(7.14%); Primary 139(55.1%); Secondary 73(28.9%); High School 20 (7.9%); Bachelor 2(0.79%).

On the quality of life: Very Good 5(1.98%), Good 47(17.85%), Regular 138 (54.76%) and bad 64 (25.39%).

According to Morisky 8: Morisky 8 predominates which is equivalent to low adherence by patients towards their treatment. As regards the use of NSAID's, 23.01% of the population studied use them; Diclofenac being the most used (8.7%); of which 48.27% have an adequate indication. Patients who are in stage G3 corresponds to 1.98%.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas constituyen el principal motivo de atención médica en nuestro país. La diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones constituyen una pobre calidad de vida y un alto costo económico a las instituciones de salud del país.

La Enfermedad Renal Crónica por sí misma impacta a la salud pública. Su evolución crónica y progresiva incurre de manera negativa en el estado emocional y de salud, resultando un deterioro del entorno social de los pacientes

A lo anterior, se agrega que muchos pacientes cursan con dolor crónico, algunas veces orillando a los pacientes en el consumo desmedido de antiinflamatorios y analgésicos; que en muchas de las ocasiones son automedicados y/o indicados por sus médicos.

Dichas indicaciones pueden estar fundamentadas en el contexto clínico y/ o evidencia médica.

La Calidad de vida es un concepto que engloba varios niveles, siendo complejo y que muchas veces las enfermedades crónicas deterioran no sólo por el hecho de ser pacientes portadores de las enfermedades si no el contexto social, familiar, económico y físico que puede abarcar ser un paciente con diagnósticos como la diabetes mellitus tipo 2.

El programa de atención del paciente que vive con diabetes Mellitus tipo 2 está enfocado en la prevalencia y al giro poblacional que ha dado la enfermedad requiriendo que el primer nivel de atención identifique a los pacientes con prediabetes y evitar el paso a la enfermedad, así como la prevención de las complicaciones tardías.

Por lo anterior, se decidió realizar este estudio, ya que es importante establecer estrategias funcionales para reforzar los procesos que no sólo lleven a

un control del paciente sino evitar complicaciones recordando que nuestros pacientes merecen un trato integral y personalizado.

3.-ANTECEDENTES

3.1 Antecedentes Generales

La Enfermedad Renal al no producir síntomas hasta fases muy avanzadas de la enfermedad, generalmente se presenta cuando la función renal ya se encuentra disminuida por debajo del 15%. Resultando que su detección se realice en etapas casi terminales en las cuales el único tratamiento consiste en el “Reemplazo de la Función Renal”, a través de métodos como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o, en el mejor de los casos, un trasplante de riñón. (1)

Este padecimiento afecta a cerca del 10% de la población mundial. En España aproximadamente 4 millones de personas padecen ERC en España. De ellas unas 50.909 están en tratamiento renal sustitutivo, la mitad en diálisis y el resto con un trasplante renal funcional. (1)

Cada año unas 6000 personas con insuficiencia renal progresan hasta uno de los tres tipos de tratamiento renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal.

En estados unidos la prevalencia es del 4,7 por ciento o 8,3 millones. La prevalencia de la ERC incrementa de forma progresiva con el deterioro (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años, y con otras enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la aterosclerosis. Se espera que para el 2020, la Hipertensión arterial, la diabetes y la Enfermedad renal crónica serán las principales causas de muerte y discapacidad, sobre todo en países en vías de desarrollo (2).

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente del 20 al 30 por ciento de diabéticos Tipo I tendrá un aumento moderado de la albuminuria, después de una evolución media de la diabetes de 15 años. Menos de la mitad de estos pacientes progresará a una nefropatía evidente. La albuminuria moderadamente aumentada puede retroceder o mantenerse estable en una proporción sustancial, probablemente relacionada con

el control glucémico y de la presión arterial con bloqueadores del receptor de angiotensina (BRA) e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). (3)

No obstante, con un control glucémico aunado a el uso de ARA e inhibidores de la IECA para controlar la presión arterial, los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1 actualmente pueden tener tasas más bajas de nefropatía manifiesta y enfermedad renal terminal (4).

Entre los 10 y 15 años del inicio de la enfermedad se observa el inicio de la nefropatía. En aquellos pacientes que no tienen proteinuria hasta después de 20 a 25 años tienen un riesgo de desarrollar enfermedad renal manifiesta de solo alrededor del 1 por ciento por año, al menos entre los caucásicos (5).

Diabetes tipo 2: La prevalencia es menor de enfermedad renal progresiva que en la enfermedad tipo 1. La evidencia sugiere que el riesgo renal ahora es equivalente en los dos tipos de diabetes. (5)

CUADRO CLÍNICO.

Se define a la enfermedad renal diabética por cambios funcionales y estructurales característicos. Los cambios estructurales predominantes incluyen engrosamiento de la membrana basal glomerular, expansión mesangial, lesión podocitaria y, finalmente, esclerosis glomerular (5).

La nefropatía diabética presenta el siguiente cuadro clínico: la albuminuria, la hematuria, la enfermedad renal crónica progresiva. (6)

Albuminuria – Es la excreción urinaria de albúmina entre 30 y 300 mg / día o entre 30 y 300 mg / g creatinina en una muestra de orina aleatoria. Las

características funcionales incluyen hiperfiltración en la enfermedad muy temprana; aumento moderado de albuminuria; y aumentó severamente la albuminuria (excreción urinaria de albúmina por encima de 300 mg / día o por encima de 300 mg / g de creatinina en una muestra de orina aleatoria). La aparición de albuminuria severamente aumentada, sin un tratamiento, casi siempre va seguida de una disminución progresiva lenta en la tasa de filtración glomerular (TFG) y, con tiempo suficiente, enfermedad renal en etapa terminal (6)

Hematuria: la hematuria microscópica algunas veces ocurre en cualquier forma de enfermedad glomerular. Se ha documentado en pacientes con nefropatía diabética cilindros de glóbulos rojos (7).

PATOLOGÍA – Existen anomalías patológicas en pacientes con diabetes mellitus de larga evolución antes del inicio del aumento moderado de la albuminuria. Se han hallado cuatro cambios histológicos principales en los glomérulos en la nefropatía diabética: expansión mesangial; engrosamiento de la membrana basal glomerular; lesión podocitaria; y esclerosis glomerular (8).

Clasificación de la Sociedad de Patología Renal: el comité de investigación de la Sociedad de Patología Renal desarrolló una clasificación de la nefropatía diabética tipo 1 y tipo 2 (8). Se definieron cuatro clases de lesiones glomerulares:

- “Clase I: engrosamiento aislado de la membrana basal glomerular. Las membranas basales son mayores de 430 nm en hombres mayores de 9 años y 395 nm en mujeres. No hay evidencia de expansión mesangial, aumento de la matriz mesangial o glomeruloesclerosis global que involucre > 50 por ciento de glomérulos”.
- “Clase II: expansión mesangial leve (clase IIa) o grave (clase IIb). Una lesión se considera grave si las áreas de expansión más grandes que el área media de una luz capilar están presentes en > 25 por ciento del mesangio total.”

- “Clase III: se observa al menos una lesión de Kimmelstiel-Wilson (glomeruloesclerosis intercapilar nodular) en la biopsia y hay <50 por ciento de glomeruloesclerosis global.”
- “Clase IV: Esclerosis diabética avanzada. Existe > 50% de glomeruloesclerosis global atribuible a la nefropatía diabética.”

Las severidades de las lesiones intersticiales y vasculares también se asignaron puntajes:

- ” Puntuación de 0 si el intersticio no tenía áreas de fibrosis intersticial y atrofia tubular (IFTA); puntajes de 1, 2 o 3 fueron asignados si las áreas de IFTA <25, 25 a 50 o > 50 por ciento, respectivamente.”
- ” Puntuación de 0 si no había linfocitos T ni infiltrado de macrófagos. Se asignaron puntajes de 1 o 2 si el infiltrado estaba limitado al área que rodeaba los túbulos atróficos, o si el infiltrado no estaba limitado, respectivamente.”
- ” Puntajes de 0, 1 o 2 si no se presentaba hialinosis arteriolar, una arteriola o más de una arteriola con hialinosis. Además, a la arteriola más gravemente afectada se le asignó una puntuación de 0, 1 o 2 si no había engrosamiento de la íntima, engrosamiento de la íntima <grosor de los medios o engrosamiento de la íntima> espesor de los medios.” (8)

PATOGENIA: Existen varios procesos patogénicos que conducen a los mecanismos patológicos en la nefropatía diabética. La glomeruloesclerosis, por citar

un caso, puede ser el resultado de la hipertensión intraglomerular inducida por la vasodilatación renal, o de una lesión isquémica provocada por el estrechamiento hialino de los vasos que irrigan los glomérulos (5).

Hiperfiltración glomerular: la función de la hipertensión glomerular y la hiperfiltración en la nefropatía diabética se ve afianzado por los aparentes beneficios del bloqueo del sistema renina-angiotensina. La antagonización de los efectos profibróticos de la angiotensina II, además puede ser un factor significativo en los beneficios observados con estos agentes (9).

Hiperglucemia y productos finales de glicación avanzada irreversibles (AGEs): las elevaciones de glucosa puede inducir directamente una expansión y lesión mesangial, tal vez en parte a través de un incremento de producción en la matriz o glicación de las proteínas de la matriz (5).

La glicación de proteínas tisulares aún puede contribuir al desarrollo de la nefropatía diabética y otras complicaciones microvasculares. En la hiperglucemia crónica, parte del excedente de glucosa que se combinan con aminoácidos libres en las proteínas circulantes o tisulares. Este proceso no enzimático en un inicio forma productos reversibles de glicación temprana, posteriormente, productos finales de glicación avanzada irreversibles (AGEs). (5)

Los niveles circulantes de AGE incrementan en los diabéticos, principalmente en aquellos con insuficiencia renal, ya que los AGE normalmente se excretan en la orina (10). El resultado neto es la acumulación de AGE en los tejidos, con la ayuda de la reticulación con colágeno, que puede contribuir a las complicaciones renales y microvasculares añadidas (5).

Citocinas: la activación de las citoquinas, los elementos profibróticos, la inflamación y los factores de crecimiento vascular (factor de crecimiento endotelial vascular, VEGF) pueden conllevar a la acumulación de la matriz en la nefropatía diabética (11).

La hiperglucemia también incrementa la expresión del factor de crecimiento transformante beta (TGF-beta) de las proteínas de la matriz específicamente estimuladas por esta citocina y en los glomérulos (11).

La suma de factores genéticos también puede estar en proporción mediados por TGF-beta, este puede contribuir tanto a la hipertrofia celular como a la síntesis mejorada de colágeno observada en la nefropatía diabética (12).

Expresión de nefrina:” la expresión renal de nefrina puede verse afectada en la nefropatía diabética”. (12)

Señalización de insulina específica de podocito alterada: los errores en la señalización de insulina específica de podocito contribuyen a la lesión. (12)

FACTORES DE RIESGO: los estudios en pacientes que presentan o no una nefropatía diabética clínicamente evidente, se ha logrado identificar una serie de factores que favorecen un mayor riesgo de lesión renal (5).

Susceptibilidad genética: Es una determinante importante tanto de la de la gravedad de la nefropatía diabética como de la incidencia. (5)

Edad: el impacto de la edad al inicio de la diabetes sobre el riesgo de desarrollar lesión renal en etapa avanzadas no es preciso (5)

Presión arterial: estudios prospectivos han observado una relación entre el desarrollo posterior de presiones sistémicas elevadas y nefropatía diabética. (5)

Tasa de filtración glomerular: Casi el 50% de los pacientes con diabetes tipo 1 con menos de cinco años de duración presenta una tasa de filtración glomerular (TFG) mayor de 25 a 50 por ciento superior a lo normal; por lo tanto, estos pacientes presentan mayor riesgo de enfermedad renal diabética. (5)

En diabéticos tipo 1 se ha relacionado la hiperfiltración glomerular con la hipertrofia glomerular y aumento del tamaño renal. La relación existente entre estas alteraciones y el desarrollo de la nefropatía diabética dan como resultado hipertensión intraglomerular (que impulsa la hiperfiltración) junto con la hipertrofia glomerular que a su vez aumenta el estrés de la pared. En la diabetes tipo 2 hasta el 45 por ciento de los pacientes afectados debutan con un GFR que es más de 2 desviaciones estándar por encima de los controles de obesos y no diabéticos de la misma edad (5).

La nefropatía diabética es más probable que se desarrolle en pacientes con un mal control glucémico (representando niveles más altos de HbA1c). (5)

Raza: la gravedad y la incidencia de la nefropatía diabética aumentan en los negros (de 3 a 6 veces en comparación con los caucásicos), los mexicanoamericanos y los indios Pima con diabetes tipo 2 (5).

Obesidad: un mayor índice de masa corporal (IMC) implica un mayor riesgo de enfermedad renal crónica entre los pacientes con diabetes (11). Existen evidencias de que la dieta junto con la pérdida de peso mejoran la función renal y reducen la albuminuria entre los pacientes diabéticos(5).

Tabaquismo: fumar se asocia con una variedad de efectos adversos en pacientes con diabetes, dentro de los cuales encontramos: Incremento de la albuminuria y acompañada de supervivencia disminuida al iniciar la diálisis (5)

Anticonceptivos orales: un informe sugirió una asociación entre el uso de anticonceptivos orales y el riesgo de nefropatía diabética (13).

TRATAMIENTO

NEFROPROTECCIÓN

Incluyen medidas higiénico-dietéticas como: restricción de sal, proteínas en la dieta, eliminación del tabaquismo y nefrotóxicos, control de peso, entre otras. Acompañada del uso de antihipertensivos, control de glucosa en diabéticos e hipolipemiantes. (13)

La aspirina a dosis bajas (100 mg/día) debe considerarse en todos los pacientes con ERC estadios 1-3 con riesgo cardiovascular a 10 años $\geq 20\%$, pero su beneficio debe valorarse en medida del riesgo de eventos adversos potenciales. (13)

Los medicamentos pueden causar hasta el 20% de los casos de enfermedad renal aguda o crónica. Muchos medicamentos pueden causar daño renal, pero los AINE's, aminoglucósidos y material de contraste radiográfico intravenoso merecen especial atención por su uso deliberado y de libre albedrío ejercido por los pacientes. (13)

Evitar el uso de drogas u otras sustancias nefrotóxicas en sujetos con ERC, a menos que tengan indicaciones precisas. (13)

3.2 Antecedentes específicos

| ANTECEDENTES ESPECÍFICOS | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|---|--|--|
| AUTOR | AÑO | LUGAR | TIPO DE ESTUDIO | METODOLOGÍA | RESULTADOS |
| Finnerup NB. Et al | Abril de 2013 y enero 2014 | NeuPSIG de la Asociación Internacional para el estudio del dolor. | Revisión sistemática y Metaanálisis de estudios aleatorizados, doble ciego de farmacoterapia oral y tópica para dolor neuropático | Usamos el número necesario para tratar (NNT) para un 50% de alivio del dolor como una medida primaria y un sesgo de publicación evaluado; NNT se calculó con los efectos fijos Método Mantel-Haenszel. | Se incluyeron 229 estudios en el metaanálisis. El análisis del sesgo de publicación sugirió un 10% de exageración de efectos del tratamiento. Los estudios publicados en revistas revisadas por pares informaron mayores efectos que los estudios no publicados (r^2 9.3%, $p = 0.009$). Los resultados del ensayo fueron generalmente modestos: en particular, los NNT combinados fueron 6.4 (IC del 95% 5.2-8.4) para inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina, que incluyen principalmente duloxetina (nueve de 14 estudios); 7.7 (6.5-9.4) para pregabalina; 7.2 (5.9-9.9) para gabapentina, incluyendo la liberación prolongada de gabapentina y enacarbil; y 10.6 (7. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>4-19 . 0)</p> <p>para los parches de alta concentración de capsaicina. Los NNT fueron más bajos para los antidepresivos tricíclicos, opioides fuertes, tramadol y toxina botulínica A, e indeterminado para los parches de lidocaína. Con base en GRADE, la calidad final de la evidencia fue moderada o alto para todos los tratamientos aparte de los parches de lidocaína; tolerabilidad y seguridad, y los valores y preferencias fueron mayores para medicamentos tópicos; y el costo fue menor para los antidepresivos tricíclicos y el tramadol. Estos hallazgos permitieron un fuerte recomendación de uso y propuesta como tratamiento de primera línea en dolor neuropático para antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina, pregabalina y gabapentina; una recomendación débil</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---------------------|------|--------|--|---|---|
| | | | | | para el uso y propuesta como segunda línea para parches de lidocaína, parches de alta concentración de capsaicina y tramadol; y un débil recomendación para uso y propuesta como tercera línea para opioides fuertes y toxina botulínica A. Agentes tópicos y la toxina botulínica A se recomienda únicamente para el dolor neuropático periférico |
| Castellsa gue J. | 2011 | España | Revisión sistemática y Metaanálisis | Búsqueda bibliográfica en PubMed usando término MeSH y texto libre, términos para AINE's individuales y selectivos Inhibidores de la COX-2, enfermedad gastrointestinal, estudios de casos y controles y estudios de cohortes. La búsqueda fue restringida a los estudios observacionales publicados en inglés entre el 1 de enero de 1980 y el 31 de mayo de 2011. | Se identificaron un total de 2984 artículos y se seleccionaron 59 para los datos de abstracción. Después de la revisión de la información resumida, 28 estudios cumplieron El RR agrupado varió de 1.43 (95% CI 0.65,3.15) para aceclofenaco a 18.45 (95% CI 10.99, 30.97) para azapropazone. RR fue inferior a 2 para aceclofenaco, celecoxib (RR 1.45, IC 95% 1.17, 1.81) e ibuprofeno (RR 1.84, IC 95% 1.54, 2.20); 2 a menos de 4 para rofecoxib (RR 2.32; IC 95%: 1.89, 2.86), sulindaco (RR 2.89, IC 95% 1.90, 4.42), diclofenaco (RR 3,34; |

| | | | | | |
|------------------|------|---|--------------|---|--|
| | | | | | <p>IC del 95%: 2,79; 3,99), meloxicam (RR 3,47; IC del 95%: 2,19; 5,50), nimesulida (RR 3,83; IC del 95%: 3,20 a 4,60) y ketoprofeno (RR: 3,92; IC del 95%: 2,70; 5,69); 4-5 para tenoxicam (RR 4.10, IC 95% 2.16, 7.79), naproxeno (RR 4.10; IC 95% 3.22, 5.23), indometacina (RR 4.14, IC 95% 2.91, 5.90) y diflunisal (RR 4,37; IC del 95%: 1,07 a 17,81); y mayor que 5 para piroxicam (RR 7.43; IC del 95%: 5,19; 10,63), ketorolaco (RR: 11,50; IC del 95%: 5,56; 23,78) y azapropazona.</p> <p>Los RR para el uso de altas dosis diarias de AINE versus no uso fueron 2-3 veces más alto que los asociados con dosis diarias bajas.</p> |
| Engelmn E. et al | 2011 | Department of Anaesthesia, CUB Hospital Erasme, Brussels, Belgium | Metaanálisis | <p>incluyó 17 estudios con pregabalina donde se analizan sus efectos en el dolor postoperatorio de reposo y en movimiento, así como el consumo de analgésicos. Las dosis diarias de pregabalina fueron de 50 hasta 750 mg y la duración desde una dosis simple hasta dos semanas.</p> | <p>Hubo reducción del consumo de analgésicos con dosis de 300 a 600 mg/día, con más riesgo de mareos, cefalea leve y alteraciones visuales y menor emesis postoperatoria. La dosis efectiva más baja fue de 225 a 300 mg/día.</p> |

| | | | | | |
|-------------------|------|---|--|---|--|
| Konoplya A. | 2008 | Establecimiento Educativo Estatal de Educación Profesional Superior "Kursk State Medical University de la Agencia Federal para la Salud y el Desarrollo Social" | Estudio con asignación al azar y doble ciego | Incluyó 303 pacientes con polineuropatía alcohólica. Se comparó la eficacia y la tolerabilidad de las combinaciones tiamina-piridoxina y los nucleótidos de citidina y uridina, administrados oralmente por 21 días. | En todos los grupos disminuyeron claramente el dolor y las parestesias (medidas mediante escalas visuales análogas) y la sensibilidad a la vibración y la fuerza de dorsiflexión de los pies y de los flexores plantares. No se observaron diferencias en eficacia clínicamente relevantes y todos los medicamentos fueron bien tolerados. |
| Dworkin RH, et al | 2007 | Boston, USA | Revisiones de literatura sistemática, ensayos clínicos aleatorizados y guías existentes fueron | Los medicamentos se consideraron para recomendación si su eficacia fue respaldada por al menos un ensayo clínico aleatorio y metodológicamente sólido (ECA) que demuestre superioridad al placebo o a un tratamiento de comparación. Las recomendaciones se basaron en la cantidad y consistencia de la evidencia, grado de eficacia, seguridad, y experiencia clínica de los autores. Los ECA disponibles generalmente evaluaron NP crónica de intensidad moderada a severa. | Los tratamientos de primera línea recomendados incluyen ciertos antidepresivos (es decir, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación dual) tanto de serotonina como de norepinefrina), ligandos α_2 -d del canal de calcio (es decir, gabapentina y pregabalina), y tópicos lidocaína. Los analgésicos opioides y el tramadol se recomiendan como tratamientos de segunda línea generalmente que se pueden considerar para el uso de primera línea en circunstancias clínicas selectas. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Otros medicamentos que generalmente se usarían como tratamientos de tercera línea pero que también podrían usarse como tratamientos de segunda línea en algunas circunstancias incluyen ciertos antiepilépticos y antidepresivos medicamentos, mexiletina, antagonistas del receptor de N-metil-D-aspartato y capsaicina tópica. La selección de medicamentos debe ser individualizado, teniendo en cuenta los efectos secundarios, los posibles efectos nocivos o beneficiosos sobre las comorbilidades, y si es oportuno inicio del alivio del dolor es necesario. Hasta la fecha, ningún medicamento ha demostrado eficacia en la radiculopatía lumbosacra, que es probablemente el tipo más común de NP. Estudios a largo plazo, comparaciones cara a cara entre medicamentos, estudios</p> |
|--|--|--|--|--|--|

4.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio es importante ya que las complicaciones de la DM han aumentado por el incremento en la incidencia de la enfermedad y en la esperanza de vida en los pacientes. Siendo la diabetes mellitus una de las principales causas de morbilidad y defunción en México. Las condiciones de la diabetes mellitus ya implican un deterioro de la calidad de vida del paciente, aunado a esto, el dolor frecuente por la misma neuropatía da pie a que los pacientes consuman analgésicos, de los cuales muchas veces son automedicados y otras veces proporcionados por sus médicos; dichos esquemas la mayoría de las veces no son personalizados y ajustados a su funcionamiento renal. De ahí la importancia de realizar este estudio; ya que hasta el momento no se ha documentado un estudio similar. El presente estudio intentó determinar la calidad de vida del paciente nefrópata ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF 2(2).

Es importante que se reconozca la importancia de la estadificación del daño renal y la indicación adecuada de la analgesia, ya que la Enfermedad renal es un problema de grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas se empiezan a entender. La enfermedad renal se encuentra dentro de las primeras diez causas de mortalidad general. Hasta el 98% de las personas con ERC por diabetes en México se encuentra en las etapas 1-3, mientras que el 2% requerirá de complejos costosos tratamientos como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y/o el trasplante de riñón como terapias sustitutivas para sobrevivir.

La calidad de vida es la noción de la percepción que un individuo tiene sobre la satisfacción subjetiva y objetiva de sus respectivas necesidades, que incluyen a partir de salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, lugar

de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema axiológico en el que vive. La ERC es una de las enfermedades vasto para generar un mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes, afecta tanto el aspecto físico, emocional, funcional y psicosocial; lo que se encuentra ajustadamente relacionado con los diferentes estadios de la patología y con su correspondiente tratamiento. El tratamiento pretende evitar avance la enfermedad, aunque a veces pueden se pueden presentar complicaciones que, a largo plazo, incurren de manera negativa en el estado emocional y de salud, resultando como deterioro del entorno social de los pacientes. Comprender la calidad de vida de esta población requiere entender el impacto que la Enfermedad Renal crónica y su tratamiento tiene sobre la percepción que el paciente tiene sobre su bienestar. Esto aprobará conocer al individuo de una forma integral, considerando la situación de vida y características por la que atraviesa; para facilitar intervenciones médicas, así como mejorar sus necesidades, aumentando el conocimiento de las alternativas que existen en relación con su salud y de este modo determinar la orientación adecuada para cada uno de los pacientes. (41)

En este contexto es ineludible la necesidad de cambiar la situación actual y crear las condiciones y los incentivos para que un mayor número de médicos hagan los debidos planteamientos antes de indicar antiinflamatorios. (41)

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad renal crónica por sí misma es una patología crónica que ha ganado importancia en la salud pública. Enfermedad que afecta a la población siendo evidente la evolución rápida y progresiva, generando en los pacientes diversas reacciones, que influyen en el ambiente social, comunal, aspecto físico y mental de los pacientes. (2) Por lo tanto, surge la siguiente cuestión: ¿Cuál es la calidad de vida del paciente nefrópata ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No 02, IMSS Puebla?

6.- HIPÓTESIS

Nula

La calidad de vida mejora ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla.

Alterna

La calidad de vida no mejora ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla.

7.-. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general:

Determinar la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes en pacientes con nefropatía diabética de la UMF N°2, IMSS Puebla.

7.2 Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas del paciente con nefropatía diabética.

Identificar la administración de analgésicos no esteroideos en pacientes con nefropatía diabética.

Evaluar la calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Diseño del estudio.

Observacional. Analítico.

Por temporalidad es Prospectivo.

Por tipo de población es Homodémico.

Por ubicación es Unicéntrico.

8.2 Ubicación espacio y tiempo

8.3 Selección de la muestra.

8.4. Criterios de selección de las unidades de las unidades de muestreo

8.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes con nefropatía diabética con administración de AINES.

Pacientes con nefropatía diabética estadios III, IV.

Pacientes con nefropatía diabética insulino-dependiente.

Pacientes con diagnóstico mayor a 2 años de nefropatía diabética.

Que participen en el estudio.

8.4.2 Criterios de exclusión.

Pacientes con nefropatía diabética estadios I, II.

Pacientes con nefropatía diabética no insulínico-dependiente.

Pacientes con diagnóstico reciente de nefropatía diabética.

Pacientes con nefropatía de causa inmunológica, adquirida o secundaria a accidentes, por alteraciones durante en el embarazo.

Pacientes con nefropatía por enfermedad hipertensiva.

Criterios de eliminación.

Que el paciente No acepte.

Pacientes que contestaron de forma inadecuada.

Encuestas mal requisitadas o con el 80% contestado.

8.5 Diseño y tipo de muestreo.

Población Fuente: Todos los pacientes adscritos a la U.M.F.No.2 IMSS en Puebla, Puebla. Durante el período de Julio 2018 a marzo 2019.

Población Elegible: Todos los pacientes que contaron con el diagnóstico de: Nefropatía diabética, adscrito a la U.M.F. No.2 IMSS en Puebla, Puebla. Que acudieron a control con su médico familiar, en los meses de Julio 2018 a marzo 2019.

Población Estudio: Todos los pacientes con el diagnóstico de Nefropatía diabética adscrito a la U.M.F.No.2 IMSS en Puebla, Puebla que acudieron a control con su médico familiar en los meses de Julio 2018 – marzo 2019 y que reúnan los Criterios de selección.

8.6 Tamaño de la muestra.

Debido a la cantidad de pacientes adscritos a la U.M.F. N° 2 del IMSS de la ciudad de Puebla con el diagnóstico de Diabetes Mellitus siendo un total de 3675 pacientes estos serán tomados como la población total para la realización del estudio. Se utilizó el programa Calculadora de muestras; el cual se muestra a continuación:

Imagen 1. Calculadora de muestras.

Calculadora de Muestras

Margen de error: 10%
 Nivel de confianza: 99%
 Tamaño de Poblacion: 3675
 Calcular

Margen: 5%
Nivel de confianza: 90%
Poblacion: 3675

Tamaño de muestra: 251

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
 Z= Nivel de confianza deseado
 p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
 q= Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
 e= Nivel de error dispuesto a cometer
 N= Tamaño de la poblacion

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Fuente: Tomada del sitio web. http://www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php

8.7 Definición de las variables y escalas de medición.

Variables independientes: Sexo, Edad, Escolaridad, Estado civil, Ocupación.

Variables dependientes: Calidad de vida.

8.7.1 Definición operacional

SEXO: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (36)

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (37)

ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (38)

ESTADO CIVIL: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (39)

OCUPACIÓN: Acción y efecto de ocupar u ocuparse. (40)

CALIDAD DE VIDA: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa. (41)

Se aplicarán los siguientes cuestionarios:

- SF- 12. “El SF engloba dos dimensiones que miden ocho conceptos de salud: salud mental (salud mental general), vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), dolor corporal (intensidad del dolor) y salud general (valoración personal de la salud), función social (grado de salud física y emocional que afectan la vida social habitual), la función física (grado que la salud limita las actividades físicas), rol físico (grado donde la salud física interfiere en el trabajo y las actividades diarias), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias). Estas forman dos grupos distintos relacionados con la salud mental y física de las personas”.(9)
- Escala de Morisky de 8 Ítems: Esta escala tiene un buen potencial como herramienta para identificar pacientes con enfermedad renal crónica en el programa de nefroprotección no adherentes al tratamiento, así como la detección en la práctica clínica (19).

8.7.2 Variables y estilo de medición

Tabla 1. Tipos de Variables.

| VARIABLE | TIPOS DE VARIABLES | ESCALAS DE MEDICIÓN | INDICADORES | PARÁMETROS |
|-----------------------------------|--------------------|------------------------|--|--|
| Sexo | Cualitativa | Nominal dicotómica. | Será especificado por el paciente. | 1. Masculino. 2. Femenino. |
| Edad | Cuantitativa | Razón. | El especificado por el paciente. | Años. |
| Escolaridad | Cuantitativa | Intervalo. | Años estudiados completados referido por el paciente. | 1.- Primaria. 2.Secundaria. 3.Bachiller. 4.Licenciatura |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal. Policotómica. | Lo referido por el encuestado(a). | 1. Soltero. 2.Casada(o)/Unión Libre. 3.Divorciado. 4. Viudo. 5.Separado. |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal. Policotómica. | Lo referido por el encuestado(a). | 1. Estudiante. 2. Obrero. 3. Empleado. 4. Ama de casa. 5.Pensionado6. Jubilado. 7. Otros. |
| Calidad de vida | Cualitativa | Nominal dicotómica. | Referido al resultado obtenido según la Escala de SF-12. | 1. Buena calidad de vida. 2. Mala calidad de vida. |
| Antiinflamatorios no esteroideos. | Cuantitativa | Nominal. | Referido al resultado según la Escala de Morisky. | 1.-Alta adherencia. 2.-Media adherencia. 3.-Baja adherencia. |

Fuente: Elaboración propia.

8.8 Método de recolección de datos.

Una vez revisado y aprobado el protocolo de Tesis tanto por el asesor; así como su previo registro, se procedió a identificar a los pacientes con diagnóstico de: Nefropatía diabética en mayores de 18 años que se encuentren adscritos a la U.M.F N°2 durante el período Julio 2018- marzo 2019 donde se recabó el consentimiento informado previo a contestar las encuestas.

Se entrevistó y aplicó: cuestionario SF-12 y Escala de Morisky. Al tener la encuesta se analizó para evaluar los resultados y proceder a las conclusiones de la investigación. (9,19)

El Cuestionario SF-12 se distingue por ser una versión abreviada del cuestionario original contando con doce ítems, cuya finalidad estima el grado de capacidad y bienestar funcional de las personas mayores de 14 años. (9)

El SF-12 es una medida confiable y válida, tanto en la escala original como en sus distintas versiones. (9)

El instrumento Morisky de 8 ítems que es una escala de medición de adherencia al tratamiento es válida para medir adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica según juicio de expertos. (19)

8.9 Análisis de datos.

Para el análisis estadístico, el univariado se hizo con medidas de tendencia central para variables cualitativas, porcentajes y proporciones para variables cualitativa.

Para el análisis bivariado con Chi cuadrado con la variable calidad de vida y uso de AINE´s

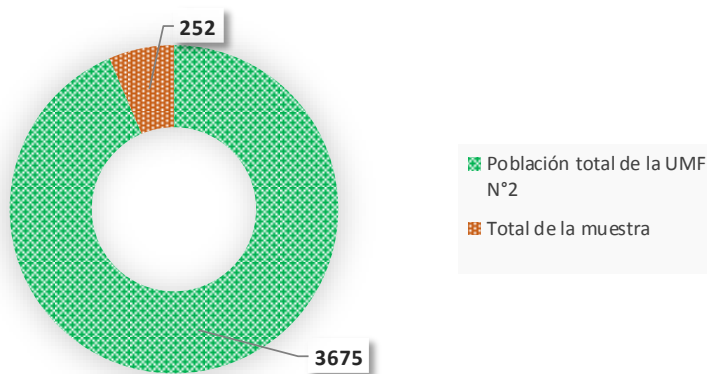
Lo anterior utilizando un nivel de confianza del 90% y error del 5%, mediante el programa SPSS.

9. Resultados.

La presente investigación se realizó en una población derechohabiente del IMSS de la UMF N°2 donde la muestra del estudio fue de un total de 252 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que cumplieran con los criterios de selección de la muestra.

Gráfica 1 Población total de la muestra

Población total de la muestra.



Fuente: elaboración propia con dato de la UMF 2, 2019.

Respecto a la edad, con promedio de 67.48 años; media de 95; mediana de 68; moda de 71; desviación estándar 11.86 con un rango máximo de 99 y un rango mínimo de 33

Cuadro 1. Estadígrafo de edad.

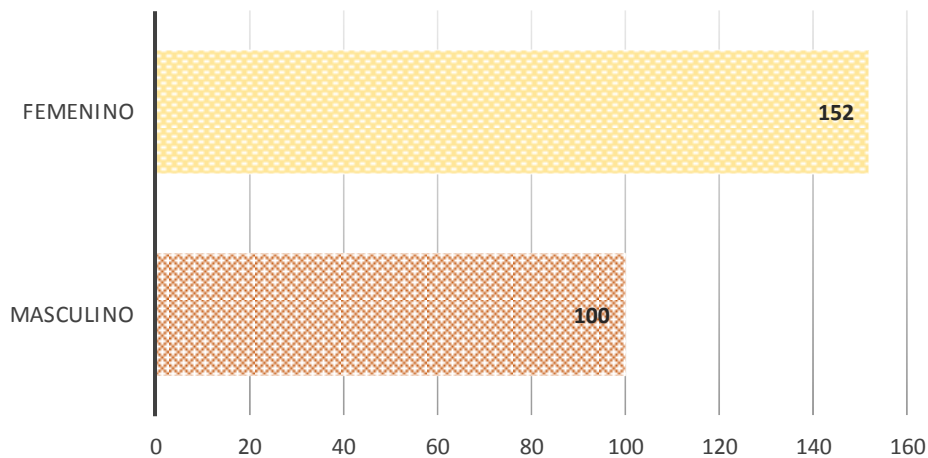
| EDAD | |
|----------------------------|-------|
| MEDIA | 95 |
| MEDIANA | 68 |
| MODA | 71 |
| DESVIACIÓN ESTÁNDAR | 11.86 |
| RANGO | 66 |
| MÍNIMO | 33 |
| MÁXIMO | 99 |

Fuente: Calidad de vida y Uso de AINE´s 2019.

Referente al sexo las mujeres predominaron con 60.3% (152) y hombres un 39.6% (100)

Gráfica 2. Muestra por Género

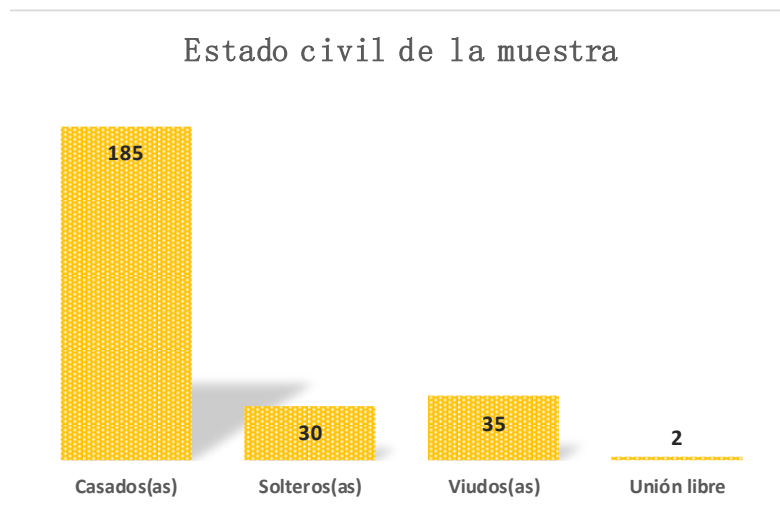
La muestra por genero.



Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

En cuanto al estado civil los pacientes casados predominaron con 73.4%; viudos 13.8%; solteros 11.9% y 0.7% que viven en unión libre.

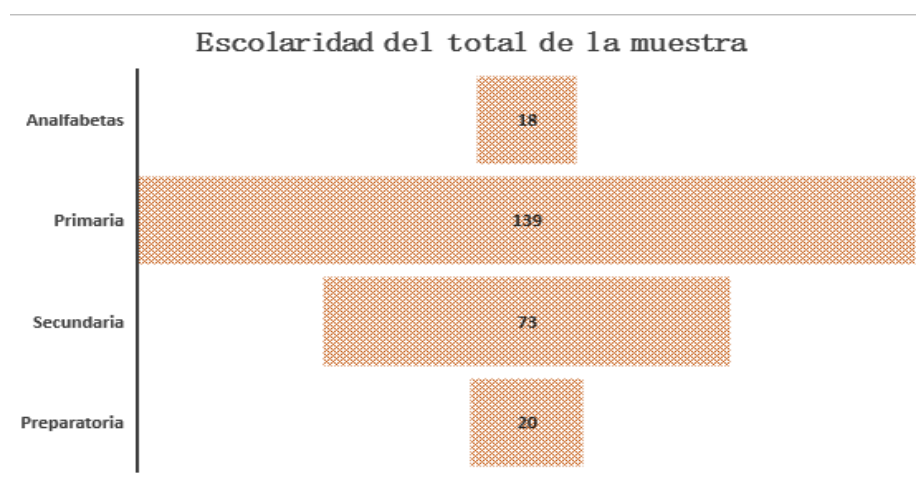
Gráfica 3. Estado Civil.



Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

La escolaridad predominante fue Primaria con 55.1%; secundaria con 28.9%; Preparatoria 7.9% y analfabetas 7.1%.

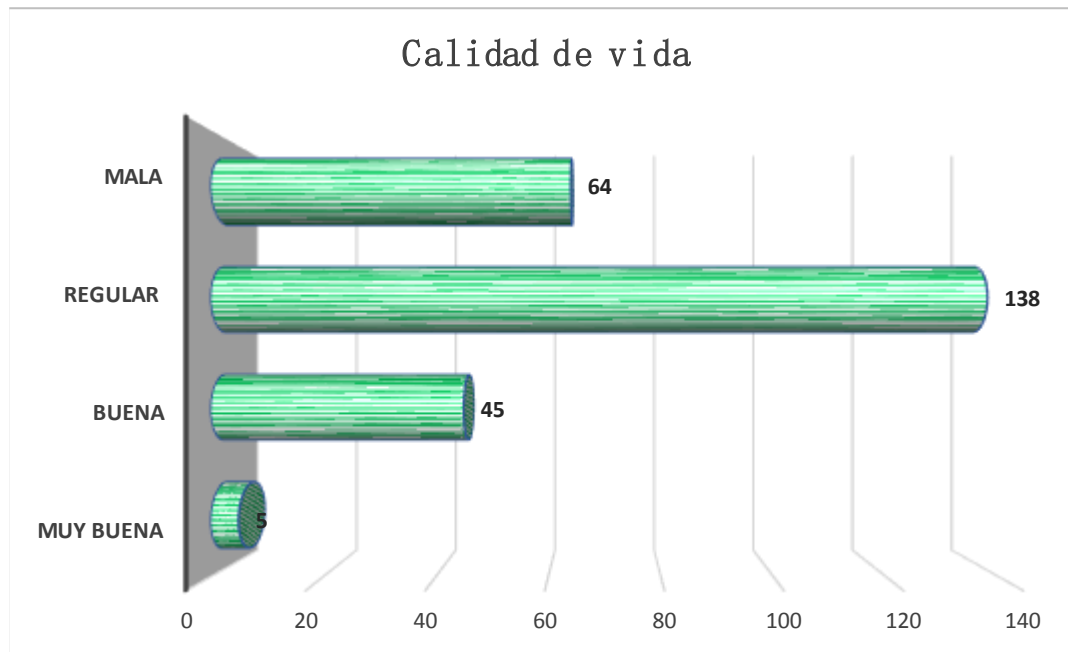
Gráfica 4. Escolaridad.



Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

Para la interpretación del SF-12 se encontró que el 54.76% con regular calidad de vida; el segundo lugar corresponde a la mala calidad de vida con un 25.3%; el tercer lugar con un 17.8% una buena calidad de vida y un 1.9% con una muy buena calidad de vida.

Gráfica 5. Calidad de vida.



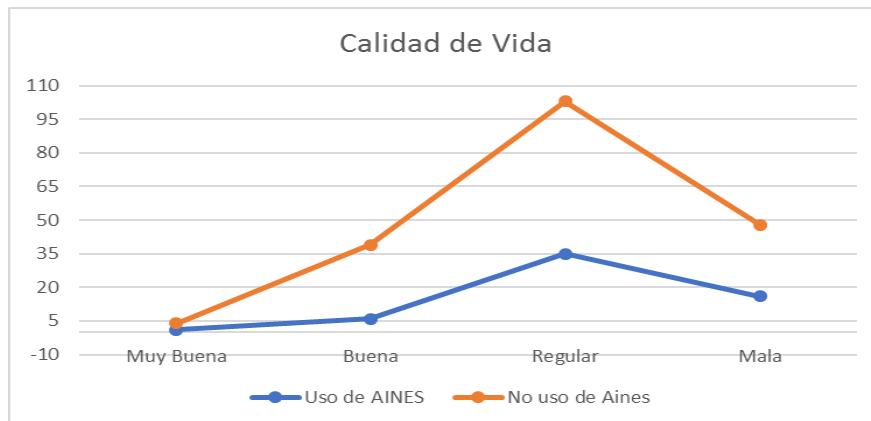
Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

El 23.01% utiliza AINE's, de estos el 48.27% bien indicados, y el 60% de los usuarios tienen una regular calidad de vida.

En cuanto a la comparativa de calidad de vida y uso de AINES ($\chi^2 = 2.91$; $p = 0.01$).

Gráfica 6. Calidad de vida asociada al uso de AINE´s.

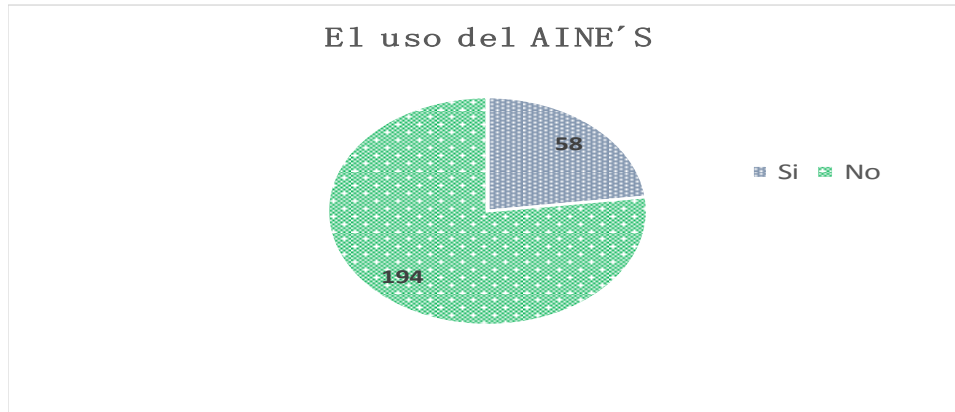
| Calidad de vida | Uso de AINE´s | NO Uso de AINE´s |
|-----------------|---------------|------------------|
| Muy Buena | 1 | 4 |
| Buena | 6 | 39 |
| Regular | 35 | 103 |
| Mala | 16 | 48 |
| Total | 58 | 194 |



Fuente: Elaboración propia con datos de la UMF N°2

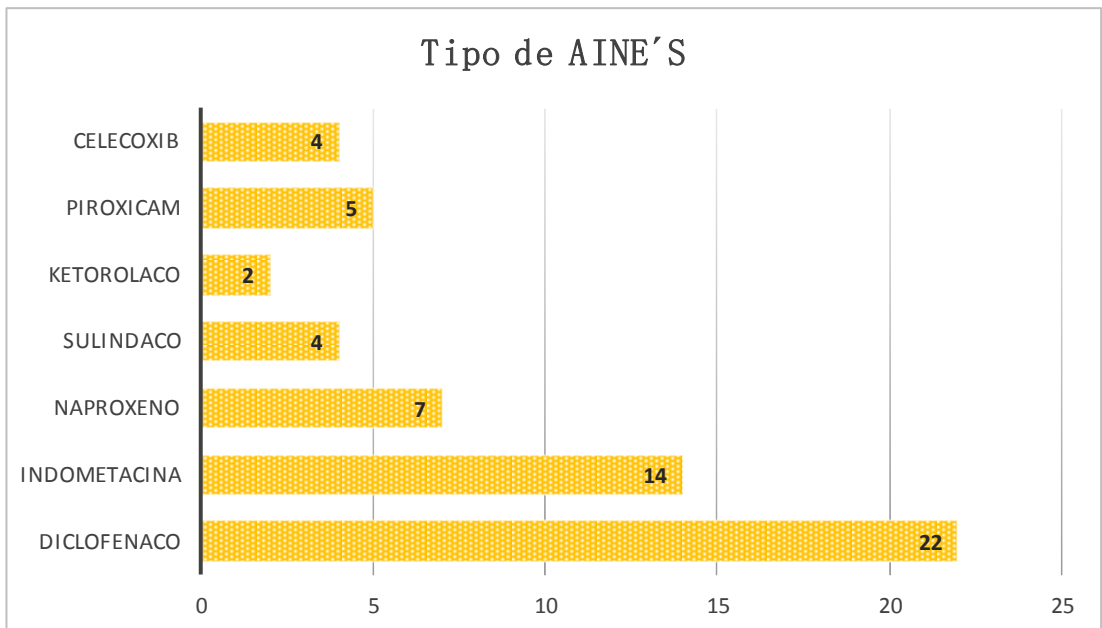
El 23.01% utiliza AINE's, de estos el 48.27% bien indicados, y el 76.9% refirió no utilizar AINE's, aunque refirieron el uso de otros analgésicos.

Gráfica 7. Uso de AINE's



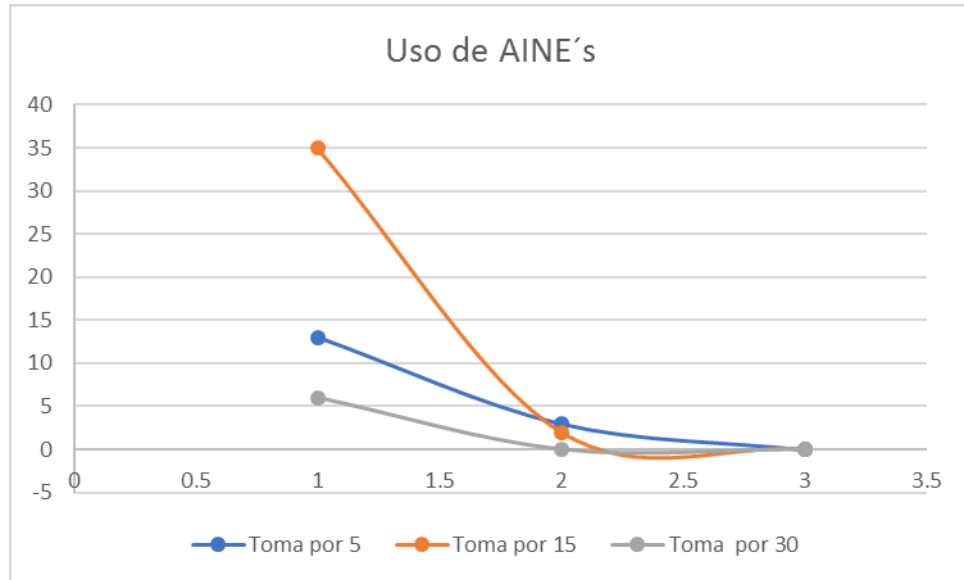
Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

Gráfica 8. Tipo de AINE's



Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

Gráfica 9. Tiempo de Uso de AINE´s



Elaboración propia con datos de la UMF 2,2019

En cuanto a la interpretación de Morisky 50.7% presenta baja adherencia al tratamiento.

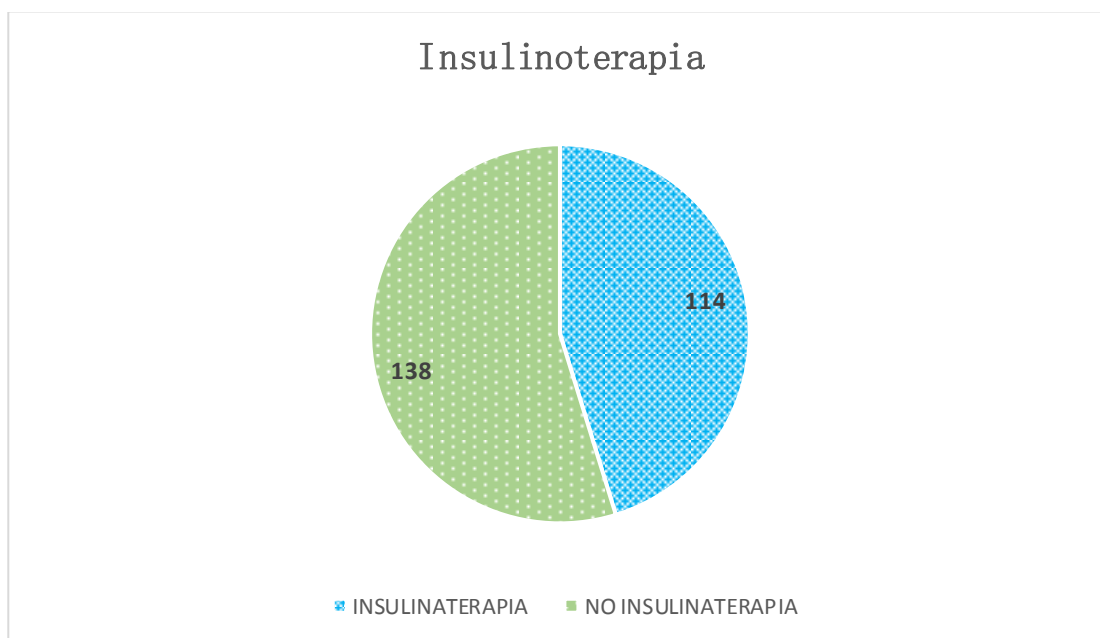
Gráfica 10. Adherencia al tratamiento.

| Morisky | Resultados |
|------------------|------------|
| Alta Adherencia | 68 |
| Media Adherencia | 56 |
| Baja Adherencia | 128 |

Elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

De los pacientes encuestados el 98% tienen un diagnóstico mayor a dos años; 54.7% tienen insulino terapia y el 45.23% no insulino terapia.

Gráfica 11. Insulinoterapia.



Fuente: elaboración propia con datos de la UMF 2, 2019.

10.- Discusión

En un estudio realizado por Finnerup NB. Et al, realizado en abril 2013 a enero 2014 que es una revisión sistémica y metaanálisis hace referencia que a los estudios participantes (n=267) el 34.8% tiene estudios de primaria. En relación con la escolaridad de nuestro estudio presenta un 55.1% con primaria. En el estudio de Finnerup (n=214) 80.15% corresponde al estado civil: casado; así mismo en nuestro estudio predominaron los casados con 73.4%(n=185).

En relación con la calidad de vida nuestra población estudiada el 23.01% utiliza AINE's, de estos el 48.27% bien indicados, y el 60% de los usuarios tienen una regular calidad de vida. En un estudio realizado por Finnerup NB. Et al, realizado en abril 2013 a enero 2014 que es una revisión sistémica y metaanálisis comenta que: Los resultados de este estudio indicaron que todas las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con diabetes estaban comprometidas. Identificó predictores importantes como la edad, la duración de la enfermedad y el nivel de azúcar en ayunas.

Se pidió a los participantes del estudio que proporcionarían su percepción sobre su calidad de vida y su satisfacción con la salud. Según su percepción, alrededor de un tercio (33.7%) informó que su calidad de vida era buena, seguido por 77 (28.8%) que informaron que no eran ni buenas ni malas.

Además, referente al uso de medicamentos el estudio de Finnerup NB. Et al comenta que (n=44)16.5% sí utilizan sustancias y el (n=223) 83.5% No utilizan sustancias.

En el estudio Lipworth L, et al. Más del 58% de los usuarios tomaban AINE regularmente antes y después de un evento de Lesión renal aguda. La Enfermedad renal crónica (36%) y la Diabetes (35%) prevalecieron entre los usuarios de AINE. En un modelo multivariable, los antecedentes de artritis (OR: 3.00; IC 95%: 1.92, 4.68) y el uso de acetaminofén (OR: 2.43; IC 95%: 1.50, 3.93) se asociaron significativamente con el uso de AINE. La Enfermedad renal crónica prevalente (OR 0,63; IC del 95%;0,41, 0.98) y diabetes (OR; 0,44, IC del 95%:0,29, 0,69) se asociaron significativamente de forma inversa.

En nuestro estudio el 23.01% Utiliza AINE´s de los cuales n=30(51.7%) usan un tipo de AINE por más de 10 días.

11.- Conclusión

Durante el desarrollo de este estudio nos pudimos percatar que la mayoría de nuestra población ha incrementado desde el inicio de la selección del tema hasta la realización de las encuestas con un total de población diabética de: 3675 con una muestra de 252 de los cuales

predomina el sexo femenino en un 60.3%, con una edad promedio de 67.48 años.

El estado civil predominante fue: casado con un 73.41%; este resultado puede ser ambivalente para nuestros pacientes, recordemos que la calidad de vida abarca varios aspectos de la vida de nuestros pacientes; el que se encuentren con una pareja puede influir de manera positiva en el apoyo al apego al tratamiento.

Más de la mitad de nuestros pacientes cuentan con la escolaridad de primaria (55.1%) n=139 siendo un factor determinante para el control, apego siendo una clave en el retardo de las complicaciones y su impacto en los pacientes que viven con diabetes mellitus.

Tristemente casi la mitad de nuestros pacientes n=138(54.7%) refieren una regular calidad de vida, mucho de esta alusión desconocida para sus médicos titulares, algunas veces derivado al poco tiempo destinado a la atención de estos donde muchas veces sólo se limitan a referir sus necesidades físicas.

A pesar de que la GPC sobre Enfermedad Renal Crónica, tiene especificaciones para el tamizaje sobre filtración glomerular y microalbuminuria no se documentan en el expediente. Así mismo la indicación de AINE's no se encuentra coherente al estadio y al diagnóstico de la Enfermedad Renal.

El uso de AINE's no mejora la calidad de vida de los pacientes, mismos que no son considerados factores de riesgo para evolución de lesión renal y/o adyuvantes para la aparición de otras complicaciones como los sangrados de tubo digestivo. Mucho de ese uso va de la mano de dolor crónico multifactorial que no se trata con su debida importancia, dejando en segundo plano y siendo muy importante para la calidad de vida de nuestros pacientes.

12.- Propuestas.

- Reforzar las guías de práctica clínica a los médicos de primer nivel a través de capacitación presencial por lo menos cada semestre.
- Capacitar al personal que brinda atención en primer nivel sobre la prevención de las complicaciones, así como brindar atención especial en factores de riesgo para deterioro de la función renal.
- Intervenir en la calidad de vida más allá de los tratamientos estándar; a través de difusión educativa en conjunto con varias áreas de la salud para brindarle al paciente esa atención integral en su calidad de vida.
- Apegarnos a cédulas de evaluación integral de pacientes con patologías crónicas.
- Trabajar de manera multidisciplinaria para reforzar redes de apoyo en pacientes con dolor crónico.

MORISKY ITEMS

| No item | Ítem ingles | Ítem español |
|---------|--|--|
| 1 | Do you sometimes forget to take your medicine? | ¿A veces se olvida de tomar su medicamento? |
| 2 | People sometimes miss taking their medicines for reasons other than forgetting. Thinking over the past 2 weeks, were there any days when you did not take your medicine? | La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no toma su medicamento? |
| 3 | Have you ever cut back or stopped taking your medicine without telling your doctor because you felt worse when you took it? | ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba? |
| 4 | When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medicine? | Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina? |
| 5 | Did you take all your medicines yesterday? | Ayer, ¿tomó todos los medicamentos? |
| 6 | When you feel like your symptoms are under control, do you sometimes stop taking your medicine? | Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento? |
| 7 | Taking medicine every day is a real inconvenience for some people. Do you ever feel hassled about sticking to your treatment plan? | Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento? |
| 8 | How often do you have difficulty remembering to take all your medicine? A. Never/rarely B. Once in a while C. Sometimes D. Usually E. All the time | ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Respuestas A= 0 de la B a la E= 1 A. Nunca / raramente B. De vez en cuando C. A veces D. Usualmente- casi siempre E. Todo el tiempo – siempre |

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir varios pisos por la escalera

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 |
| Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. ...se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ...tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ...se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi | Algunas siempre | Sólo veces | Nunca alguna vez |

Consentimiento informado.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del estudio: | Determinación de la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes con nefropatía diabética en la UMF No. 02, IMSS Puebla. |
| Patrocinador externo (si aplica): | Ninguno |
| Lugar y fecha: | UMF No. 02 Puebla, a --- de --- de 2018-19 |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | <p>La aportación de datos sobre la calidad de vida ante la administración de analgésicos no esteroides como son: diclofenaco, piroxicam o sulindaco, de los cuales muchas veces son automedicados y otras veces proporcionados por sus médicos.</p> <p>El objetivo del estudio es: Determinar la calidad de vida ante el uso de analgésicos no esteroides en pacientes en pacientes con nefropatía diabética de la UMF N°2, IMSS Puebla.</p> |
| Procedimientos: | Estimado paciente te aplicaremos una encuesta e Instrumento SF-12; la encuesta consta de 12 preguntas, que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. La encuesta durará 10 min aprox. |
| Posibles riesgos y molestias: | Estimado paciente si alguna de las preguntas a contestar te hace sentir mal o te genera ansiedad, tristeza, angustia o arrepentimiento te solicito me lo hagas saber a fin de que podamos ayudarte o si tú lo decides puedes no seguir contestando el cuestionario. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Los resultados de esta encuesta nos permitirán, Determinar la relación que existe entre la administración de analgésicos: diclofenaco, piroxicam o sulindaco y la calidad de vida en el paciente con nefropatía diabética de la UMF N°2, IMSS Puebla. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | La información de los resultados es estrictamente confidencial y estará resguardada, y solo se utilizará para este único estudio de investigador. |
| Participación o retiro: | Estimado paciente en el momento que tú lo decidas, porque no tienes tiempo para contestar o bien por incomodidad de las preguntas; tú decides retirarte sin ninguna consecuencia para ello o algo que afecte tu persona. |

Privacidad y
confidencialidad: Estimado paciente te comento que
es mi obligación respetar tu privacidad y mantener la confidencialidad de la información
proporcionada que se derive de tu participación en el estudio.
Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del Art.141 de la Ley Federal d
e Protección de
Datos Personales.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

autoriza que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes
(si aplica):

Beneficios al término del estudio: En caso de que usted presente mala calidad de vida será
referido a Psicología y trabajo social para seguimiento;
además de que el uso de AINE´s empeora su calidad de vida
se recomendará cambio de medicamentos para el dolor.

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

Investigador: Dra. Gabriela Bravo De la Rosa Médico Especialista en Medicina Familiar UMF2
Responsable: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Puebla
Teléfono: 01-222-2-30-26-59 ext. 107. gaby_bravo@live.com.mx
Colaboradores: Dr. Juan Hernández Domínguez. Médico Familiar, Mat 11664452 Tel Teléfono: 01-222-2-30-26-59 ext.
107. Dra. Andrea Xochitl Acevedo González Médico residente de la Especialidad de Medicina Familiar.
Matrícula: 98229790. Teléfono: 01-222-1-68-83-43; móvil: 2223-10-75-27.
juan.hernandezd@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de
Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia
Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:
comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Dra. Andrea Xochitl Acevedo González

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de
investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

14. Bibliografía

1. Levey AS, Coresh J, Balk E et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med.* 2003 Julio 15; 139:137-47. (IF 2.69)
2. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad renal crónica temprana. México; Secretaría de Salud 2009.
3. Nathan DM, Zinman B, Cleary Pa et al. Modern-day clinical course of type 1 diabetes mellitus after 30 years' duration: the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications and Pittsburgh epidemiology of diabetes complications experience *Arch Intern Med.* 2009 Jul 27; 169: 1307-16. (IF4.24)
4. Costacou T, Ellis D, Fried L, et al. Sequence of progression of albuminuria and decreased GFR in persons with type 1 diabetes: a cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2007, Nov 50: 721-32. (IF3.9)
5. Orchard T, Dorman JS, Maser RE et al. Prevalence of complications in IDDM by sex and duration. Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study II. *Diabetes.* 1990, Sep 39: 116-24.
6. Nathan DM, DDCT/EDIC Research Group. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 Years: Overview. *Diabetes Care.* 2014; 37: 9-16 (IF 4.86)
7. Méndez D, Pérez G, Ayala F et al. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diálisis y Trasplante.* 2014; 35. 148-156 (IF 0.17)

8. Tervaert TW, Mooyaart AI, Amann K et al. Pathologic classification of diabetic nephropathy. *J AM Soc Nephrol.* 2010; 21: 556-63. (IF 7.26)
9. Hilgers KF Veelken R. Type 2 diabetic nephropathy: never too early to treat? *J Am Soc Nephrol.* 2005; 16:574-575 (IF 5.0)
- 10 Makita Z, Radoff S, Rayfield EJ et al. Advanced glycosylation end products in patients with diabetic nephropathy. *N Engl J Med.* 1991 Sep; 325: 836-42. (IF)
- 11 Chow FY, Nikolic- Paterson DJ, Ozols E et al. Intercellular Adhesion Molecule-1 Deficiency Is Protective against Nephropathy in Type 2 Diabetic db/db Mice. *J Am Soc Nephrol.* 2005 Jun; 16: 1711-22 (IF 2.6)
- 12 Nephrology Oficial Journal of The International Society of Nephrology. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney International Supplements* 2012. pps. (IF 1)
- 13 Ranalis C. Renalis. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 10. Available from: <http://www.renalis.com.mx/la-insuficiencia-renal-en-mexico/>.
- 14 Méndez A, Méndez JF, Tapia T et al. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl.* 2010 Enero; 31 7-11. (IF 2.12)
- 15 Informe sobre la Salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la Salud poblacional. México, D. F.: Dirección General de Evaluación del desempeño, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; 2015. Report No.: 1.
- 16 Chaves M Echeverri JE, Ballesteros A et al . Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Med.* 2016; 24. 23-32. (IF 0.317)

- 17 Méndez A, Méndez JF, Tapia T et al. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Dial Traspl. 2010 Enero; 31 7-11. (IF 2.12)
- 18 Zambrana M, Zurita B, Ramírez T. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46. 43-50 (IF 0.13)
- 19 Nephrology PAHO. [Online].; 2015 [cited 2017 Sep 20. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.
- 20 Nephrology LE. ndt. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 15. Available from: <http://www.ndt-educational.org/#>.
- 21 Rosenberg. M. Overview of the management of chronic kidney disease in adult. UpToDate. 2017 Dec.
- 22 Castellsague J, Riera N, Calingaert B, et al Project. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). Drug Saf. 2012 Dec; 35: 1127-46 (IF 1.49)
- 23 Torres A, Gutiérrez R. Efecto analgésico de las vitaminas del complejo B, a 50 años de la primera combinación fija de tiamina, piridoxina y cianocobalamina. Med Int Mex. 2012; 28. 473-482. (IF 0.131)
- 24 Whizar-Lugo VM, Granados M, De Lille Fuentes R, et al. Alternativas de analgesia: interacciones entre fármacos y receptores Actas peru. anestesiología. 2013 Enero- Abril; 21. 27-42

- 25 Instituto Mexicano del Seguro social Tratamiento farmacológico del Dolor Neuropático en mayores de 18 años. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.(Consultado 15 de Agosto 2017) Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm. 2010. 1. Tratamiento farmacológico del Dolor Neuropático en mayores de 18 años. México: Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.htm.
- 26 Brix N, Hein S, Staehelin T et al. Recent advances in pharmacological treatment of neuropathic pain. F1000 Med Rep. 2010 Jul; 2: 1-3 (FI 0.07)
- 27 Rebollo A, Morales J, Pons E et al. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada. Nefrología. 2015 Jul; 35: 92-109 (FI 0.437)
- 28 George L Bakris M. Overview of diabetic nephropathy. Up To Date. 2017 Feb.
- 29 Boer I, Rue T, Cleary P Long-term renal outcomes of patients with type 1 diabetes and microalbuminuria: an analysis of the DCCT/EDIC cohort. Arch Intern Med. 2012 Mar; 171: 412-420 (FI 0.84)
- 30 Dong Z, Wang Y, Qui Q et al. Dysmorphic erythrocytes are superior to hematuria for indicating non-diabetic renal disease in type 2 diabetics. J Diabetes Investig. 2016 Jan; 7: 115-120 (IF 1.184)
- 31 Vera-Villarreal P, Silva J, Celis K et al. Evaluación del cuestionario SF-12: Verificación de la utilidad de la escala salud mental. Med Chile. 2014 Sep; 142: 1275- 1283. (FI 0.37)
- 32 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from: www.rae.es.

- 33 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from:
. www.rae.es.
- 34 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from:
. www.rae.es.
- 35 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from:
. www.rae.es.
- 36 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from:
. www.rae.es.
- 37 Española Ra. rea. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13. Available from:
. www.rae.es.
- 38 República Pdl. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de
. Investigación para la Salud. 1983. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- 39 Tamayo y Orozco J, Lastiri Quirós H. La Enfermedad Renal Crónica en México,
. hacia una política nacional para enfrentarla. Primera ed. Orozco JTy, editor.
México: InterSistemas; 2016.
- 40 Hernández JA, Castañeda A, Burciaga C et al. Calidad de vida en pacientes con
. tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y
hemodiálisis. Revista Iberoamericana de educación e investigación en
Enfermería. 2014 Enero; 4: 67-74. (FI 0.879)
- 41 Monroy Álvarez CJ, Covarrubias A, Garduño A et al. Consideraciones
. analgésicas del dolor agudo en el sujeto con enfermedad renal. Revista
Mexicana de Anestesiología. 2016 Septiembre; 39. 193-200. (FI 0.07)

- 42 Perales C, Duschek S, Reyes del Paso G. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2016; 36. 275- 282. (FI 1.183)
- 43 Narváez MA, Castañeda C, Shea G et al. Paciente con enfermedad renal: manejo del dolor. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015 Diciembre; 14. 335-341. (FI 0.106)
- 44 Garcia R, Cols M, Cheverría J, et al. Fracaso renal agudo secundario a combinación. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2015 Octubre; 35. 197-206 (FI 1.207)
- 45 Bannwarth B. Tratamientos antiinflamatorios Situación actual de los AINE clásicos y de los coxibs. *EMC Tratado de Medicina*. 2006 10:1-6
- 46 Naveiro-Rilo C, Díez D, Flores M. La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2014 ; 49:158-164 (FI 0.56)