



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Cantú-Quintanilla, Guillermo; Gómez-Guerrero, Irma; Silva-García, Carlos Giovanni;
Valdez-Ortiz, Rafael
Hemodiálisis intermitente

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 4, julio-agosto, 2017, pp. 491-492
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653300022>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CARTAS AL EDITOR

Hemodiálisis intermitente

Señor editor: Enviamos los resultados de una encuesta aplicada a pacientes sometidos a hemodiálisis intermitente en el Hospital General de México (HGM), con el objetivo de indagar las posibles razones de su permanencia en esa situación.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública en México.¹ En nuestro país el sistema de salud actual no garantiza un adecuado acceso a la terapia sustitutiva. La hemodiálisis intermitente es una estrategia utilizada por los pacientes con ERC sin seguridad social, que consiste en recibir sesiones ocasionales de hemodiálisis (sesiones semanales, quincenales o mensuales) de acuerdo con la capacidad económica del paciente.¹ Es una estrategia que proporciona dosis subóptimas de hemodiálisis y favorece la mortalidad y los gastos de los servicios de salud por los continuos y recurrentes ingresos de los pacientes a salas de urgencia.²

El HGM es un centro de referencia nacional que brinda atención a pacientes con ERC que requieren de terapia sustitutiva. Los pacientes estabilizados son canalizados a programas de diálisis peritoneal o trasplantes, o bien, buscan otras instituciones que los puedan apoyar con tres sesiones de hemodiálisis semanales (hemodiálisis óptima).

Se recabaron 64 encuestas, con una edad promedio de 44±16 años: 60% hombres; 38% solteros y 31% casados. A su vez, 14% era analfabeto y 43% sólo tenía educación primaria; 41% provenía de la Ciudad de México y 38% del Estado de México. La etiología de la ERC fue diabetes mellitus (41%) e hipertensión arterial (13%), principalmente.

Las razones estudiadas para mantenerse en hemodiálisis intermitente fueron: a) no pueden tener una corresponsabilidad en el manejo y aprendizaje de la diálisis peritoneal (50%); b) no pueden pagar más sesiones de hemodiálisis o incluso no puedan pagar los gastos de un traslado a la unidad de hemodiálisis (39%); c) por la comodidad de acudir a sesiones de hemodiálisis intermitentes (23%); d) porque se encontraban en espera de ingresar al programa de hemodiálisis crónica del Hospital General de México (16%), y e) 34.5% de los pacientes dijo desconocer alternativas a la hemodiálisis intermitente, como la diálisis peritoneal.

La terapia de sustitución renal pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y, en algunos, la posibilidad de desempeñar una actividad laboral y obtener los recursos necesarios para vivir con dignidad y autonomía. Es reconocido que la adherencia de los pacientes a una adecuada terapia dialítica impacta

en la sobrevida y calidad de vida de los pacientes con ERC.^{3,4} Nuestros resultados muestran pacientes que se mantienen en hemodiálisis intermitente debido a factores socioculturales (un bajo nivel educativo quizás limita el reconocimiento y el compromiso de los pacientes al tratamiento de la ERC) y asociados con factores económicos en donde los pacientes se ven imposibilitados para pagar un adecuado acceso a programas de terapia sustitutiva.

Guillermo Cantú-Quintanilla,^(1,2)
gcantu@up.edu.mx
Irma Gómez-Guerrero,⁽³⁾
Carlos Giovanni Silva-García,⁽¹⁾
Rafael Valdez-Ortiz.⁽³⁾

⁽¹⁾ Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana. México.

⁽²⁾ Sociedad Mexicana de Trasplantes. México.

⁽³⁾ Servicio de Nefrología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. México.

<https://doi.org/10.21149/8115>

Referencias

1. López-Cervantes M, Rojas-Russell ME, Tirado-Gómez LL, Durán-Arenas L, Pacheco-Domínguez RL, Venado-Estrada AA. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Ciudad de México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.
2. Herrera AP, Palacios GM, Hernández AV. Alta tasa de interrupción de hemodiálisis en pacientes del Hospital Nacional 2 de mayo de Perú. Nefrología, Diálisis y Trasplante 2014;34(2):94-98.

3. Guerra GVT, Díaz MAE, Vidal AK. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enferm 2010;26(2):52-62.

4. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol Nurs J 2007;34(5):479-486.

Diabetes mellitus tipo 2 y osteoartritis primaria de rodilla

Señor editor: Es nuestro interés dar a conocer los resultados del estudio sobre la asociación entre diabetes tipo 2 y osteoartritis primaria de rodilla en una población del norte de México.

La diabetes tipo 2 y la osteoartritis son problemas de salud pública en México; la prevalencia de ambas enfermedades se ha incrementado al igual que los costos generados por los métodos de tratamiento y las complicaciones que se derivan de ellas.^{1,2} La diabetes tipo 2 se ha considerado como factor de riesgo para osteoartritis de rodilla, como parte del síndrome metabólico o como un factor de riesgo independiente.^{3,4} Por tal motivo, decidimos llevar a cabo este estudio para evaluar dicha asociación en un grupo de 231 voluntarios con dolor no traumático de la rodilla, en quienes se realizó el diagnóstico de osteoartritis de rodilla de acuerdo con criterios clínicos y radiográficos establecidos. En todos los voluntarios se evaluó el historial clínico y mediciones de glucosa sérica y HbA1c en ayuno para confirmar el estado de diabetes y no diabetes. Covariables como edad, género, índice de masa corporal, tiempo de duración de la diabetes y menopausia se tomaron en cuenta para los ajustes estadísticos necesarios.

Los resultados muestran asociación de la diabetes tipo 2 de duración de 10 años o más con la osteoartritis primaria de rodilla, posterior al ajuste estadístico, tal y como se muestra en los cuadros I y II. En sujetos diabéticos

Cuadro I
ASOCIACIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 Y LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD CON LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA.
Torreón, Coahuila, febrero 2015 a mayo 2016

Variables	Modelo ajustado Edad y femenino OR (IC95%) (n=231)	Modelo ajustado Edad y menopausia OR (IC95%) (n=138)
Diabetes tipo 2	3.62 (1.98 - 6.94)	2.50 (1.07 - 5.81)
Duración de la diabetes (≥ 10 años)	Edad y femenino (n=231) 3.35 (1.45 - 7.74)	Edad y menopausia (n=138) 4.55 (1.10 - 18.81)

Cuadro II
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA EN DIABÉTICOS CON DOLOR NO TRAUMÁTICO DE RODILLA.
Torreón, Coahuila, febrero 2015 a mayo 2016

Variables	Modelo no ajustado			Modelo ajustado		
	OR	p-valor	IC95%	OR	p-valor	IC95%
Edad	2.83	0.004*	1.37 - 5.84	1.82	0.135	0.829 - 4.01
IMC	1.18	0.635	0.593 - 2.35	1.59	0.230	0.744 - 3.413
Duración diabetes	3.38	0.0001*	1.59 - 7.19	3.61	0.003*	1.53 - 8.47
Femenino	2.13	0.034*	1.05 - 4.30	2.66	0.015*	1.021 - 5.85
Menopausia	9.83	0.002*	1.82 - 53.03	2.92	0.280	0.417 - 20.46

* Significancia, $p<0.05$

tipo 2, la duración de la diabetes y el género femenino fueron asociados con la osteoartritis primaria de rodilla.

Proponemos llevar a cabo estudios multicéntricos controlados que nos permitan entender mejor el papel que la diabetes puede tener para el riesgo de desarrollo de osteoartritis.

Rubén Daniel Arellano-Pérez Vertti, D en C,⁽¹⁾
arellanodaniel1969@gmail.com

Lizette Sarai Aguilar-Muñiz, QFB,⁽²⁾
Faviel Francisco González-Galarza, D en Bioinf,⁽²⁾
Rafael Argüello-Astorga, D en C,⁽²⁾
Javier Moran-Martínez, D en C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Traumatología y Ortopedia,
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila. México.

⁽²⁾ Centro de Investigación Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila. México.

<https://doi.org/10.21149/8366>

Referencias

1. Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Pública Mex 2013;55:S137-S143.
<https://doi.org/10.21149/spm.v55s.2.5109>

2. De Pavía-Mota E, Larios-González M, Briceño-Cortés G. Manejo de la osteoartrosis en medicina familiar y ortopedia. Arch Med Fam 2005;3:93-98.

3. Berenbaum F. Diabetes-induced osteoarthritis: from a new paradigm to a new phenotype. Post-graduate Medical Journal 2012;88(1038):240-242.
<https://doi.org/10.1136/pgmj.2010.146399rep>