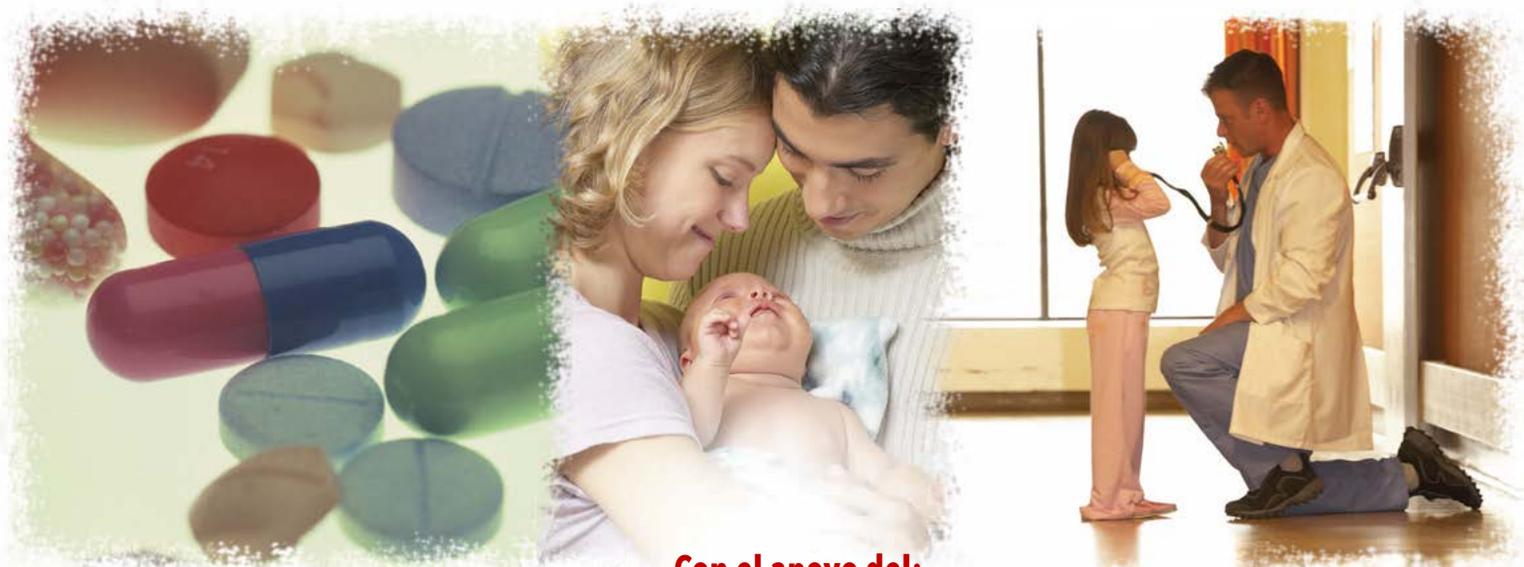


Archivos en Medicina Familiar

An International Journal

• Práctica de la Medicina Familiar • Instrumentos de Evaluación Familiar • Salud Reproductiva • Pobreza y Familia • Educación Médica • Bioética

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA ASOCIACIÓN ACADÉMICA PANAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR AC



Con el apoyo del:



**Consejo Mexicano de
Certificación en Medicina
Familiar**

Contenido

Artículos Editoriales: Depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores: eventos post COVID-19. / Las redes y grupos de apoyo en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Artículos Originales: Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados. / Dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la repercusión familiar en pacientes con artritis reumatoide. / Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México. / Características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México.

Artículos de revisión: Errores médicos durante la residencia: el desafío de asegurar un ambiente adecuado para la formación de médicos en el posgrado. / Bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas: Caso clínico y Revisión de la Literatura.

Cartas al Editor: ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? / La comunicación en salud como estrategia para responder a las necesidades y expectativas en salud de las comunidades. / El Ciclograma de Ludvick: Un enfoque integral para la Medicina Familiar.

Archivos en Medicina Familiar (ISSN 1405-9657) es el Órgano de Difusión de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar AC recibe artículos originales sobre las distintas áreas de desarrollo científico en Medicina Familiar, Práctica Médica General y Atención Primaria a la Salud, los cuales podrán ser publicados previa aprobación del Comité Editorial. La revista promueve la participación interdisciplinaria y la contribución de diversas ciencias tanto de la salud como sociales.

Archivos en Medicina Familiar es una publicación trimestral. Editada por la Editorial Medicina Familiar Mexicana.  Miembro de la CANIEM No.1812, Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Correspondencia: Calzada Vallejo 747, Col. Nueva Vallejo, México, 07750, D.F. Certificado de Reserva de Derechos 04-2000-060610353900-102, Secretaría de Educación Pública. Certificado de Licitud de Título No.11354. Certificado de Licitud de Contenido No.7960.

Editora

HERLINDA MORALES LÓPEZ

Editores Eméritos

ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA

PABLO GONZÁLEZ BLASCO

COMITÉ EDITORIAL

JOSÉ SAURA LLAMAS (ESPAÑA)

GUILHERME AYRES ROSSINI (BRASIL)

GRAZIELA MORETO (BRASIL)

MARCELO ROZENFELD LEVITES (BRASIL)

MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO (BRASIL)

JUAN FIGUEROA GARCÍA (MÉXICO)

Corrección de estilo en portugués: Dra. MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO

Corrección de estilo en inglés: Dr. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores.

Arch Med Fam 2024;26(4): 177-220.

Correo electrónico de la EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA : olivoss661@gmail.com y archmedfam@hotmail.com

Contenido

Artículos Editoriales

Depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores: eventos post COVID-19 / *Depression, Anxiety and Stress in Older Adults: Post-COVID-19 Events / Depressão, ansiedade e estresse em idosos: eventos pós-COVID-19* 177

Las redes y grupos de apoyo en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida / *Networks and Support Groups for Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome / Redes e grupos de apoio para pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida* 179

Artículos Originales

Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados / *Frequency of Depression, Anxiety and Stress in Retired Older Adults / Frequência de depressão, ansiedade e estresse em idosos aposentados* 181

Dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la repercusión familiar en pacientes con artritis reumatoide / *Functional Dependence on Basic Activities of Daily Living and its Family Impact in Patients with Rheumatoid Arthritis / Dependência funcional para atividades básicas de vida diária e sua relação com o impacto familiar em pacientes com artrite reumatoide* 185

Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México / *Association between Family Support and Glycemic control in a Family Medicine Unit in Ciudad Madero, Tamaulipas. Mexico / Associação entre apoio familiar e controle glicêmico em uma Unidade de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México* 191

Características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México / *Clinical-Epidemiological Characteristics of Gestational Syphilis in a Population from Baja California, Mexico / Características clínico-epidemiológicas da sífilis gestacional em uma população da Baixa Califórnia, México* 197

Artículos de Revisión

Errores médicos durante la residencia: el desafío de asegurar un ambiente adecuado para la formación de médicos en el posgrado / *Medical Errors During Residency: the Challenge of Ensuring an Appropriate Environment for Postgraduate Medical Training / Erros médicos durante a residência: o desafio de garantir um ambiente adequado para a formação médica na pós-graduação* 203

Bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas: Caso clínico y Revisión de la Literatura / *Asymptomatic Bacteriuria in Pregnant Patients: Clinical case and Literature Review / Bacteriúria assintomática em pacientes grávidas: estudo de caso e revisão da literatura* 211

Cartas al editor

¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? / *Are the Elderly Discriminated Against Based on Their Age?* / *Os idosos são discriminados com base na idade?* 215

La comunicación en salud como estrategia para responder a las necesidades y expectativas en salud de las comunidades / *Health Communication as a Strategy to Respond to the Health Needs and Expectations of Communities* / *A comunicação em saúde como estratégia para responder às necessidades e expectativas de saúde das comunidade* 216

El Ciclograma de Ludvick: Un enfoque integral para la Medicina Familiar / *The Ludvick Cyclogram: A Comprehensive Approach to Family Medicine* / *O Ciclograma Ludvick: Uma Abordagem Abrangente à Medicina Familiar* 218

*Doctora en Ciencias. Docente de la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina Mexicali. Baja California, México. ** Médico especialista en Medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mexicali, Baja California. México.

Depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores: eventos post COVID-19

Depression, Anxiety and Stress in Older Adults: Post-COVID-19 Events

Depressão, ansiedade e estresse em idosos: eventos pós-COVID-19

María Elena Haro Acosta, * José Roberto Estrada Gómez. **

DOI: 10.62514/amf.v26i4.64

El adulto mayor se define como la persona que tiene una edad mayor a los 60 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2030 una de cada seis personas será adulto mayor.¹ En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estima que para ese mismo año; la población de adultos mayores superará los veinte millones de habitantes.² En la etapa del adulto mayor se presentan cambios propios del envejecimiento que ocasionan: padecimientos respiratorios, cardiopatías, demencia, trastornos de ansiedad, estrés y depresión, lo que representa a “una población de alto impacto” en los servicios de atención médica.³

La pandemia por COVID-19 transformó al mundo

Durante la pandemia por COVID 19, el desempeño de los profesionales de la salud fue fundamental; no obstante, hubo deficiencias en el sistema de salud, falta de recursos e incremento de la morbilidad y mortalidad.

Aumentó la prevalencia de la ansiedad, la depresión y el estrés en varios grupos de edad, dentro de los cuales se encontraban los adultos mayores. Los factores asociados a estos problemas mentales fueron: el riesgo de infección, el aislamiento social, la muerte de familiares, la soledad y la pérdida masiva de empleo, entre otros.⁴⁻⁶

Adulto mayor y Síndrome post COVID-19

El síndrome post-COVID-19 se define como la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no pueden explicarse a través de un diagnóstico alternativo.⁷ El envejecimiento se relaciona con un pronóstico negativo al padecer la enfermedad por COVID-19, debido entre otras razones a: la inflamación crónica asociada al envejecimiento, afección a varios sistemas y particularmente a la salud mental, en esta última, aproximadamente el 30% de los pacientes puede presentar ansiedad y/o depresión posterior a la recuperación de la fase

aguda, estrés y psicopatización, entre otras.^{8,9} Las secuelas post COVID-19 son muchas e incluyen consecuencias en la salud (en el sistema respiratorio, cardiovascular, sistema nervioso central, y otros) que comprometen la salud mental y dejan secuelas en otros órganos y sistemas; lo cual afecta el funcionamiento social y ocupacional de las personas.^{10,11} Por los factores mencionados, se vio la necesidad de efectuar programas de manera multidisciplinaria de seguimiento clínico, para garantizar una adecuada atención a los pacientes.¹²

OPS, ONU y el Envejecimiento saludable

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas y otros organismos han promovido la iniciativa “La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos 2021-2030” para facilitar información sobre la situación de la salud y el bienestar de las personas mayores en la Región de las Américas. Esta iniciativa incluye cuatro áreas de acción: “1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento. 2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. 3. Ofrecer atención integrada centrada en la persona y los servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores. 4. Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan”.¹³ Por estas razones se deberían detectar estas alteraciones mentales en el adulto mayor en las unidades de medicina familiar, para ofrecer un tratamiento oportuno, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida. Uno de los instrumentos para detectar de manera simultánea los síntomas relacionados con la ansiedad, depresión y estrés es el cuestionario DASS-21, el cual es fácil y rápido de aplicar en la consulta del médico familiar.¹⁴ Debido a la afectación biopsicosocial que ocasiona en el paciente -el síndrome post-COVID-19- se requiere un manejo multidisciplinario en medicina familiar con el apoyo de los servicios de trabajo social, psicología y nutrición y en su caso derivar a los pacientes a un segundo nivel de atención médica.^{15,16}

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 1 de octubre de 2022. [acceso 23/05/2024]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN). Base de datos. Segundo trimestre de 2022. SNIEG. Información de Interés Nacional. [acceso 23/05/2024]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
3. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México; Secretaría de Salud, 2011. [acceso 24/05/2024]. https://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/Catalogo-Maestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. 2 de marzo de 2022. [acceso 16/05/2024]. <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depressionworldwide#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20informe%20cient%C3%ADfico%20publicado,%25%20en%20todo%20el%20mundo.>
5. Merchain-Villafuerte KM, Quiroz-Villamar DJ, Saltos-Alcívar VA. Impacto de la ansiedad, depresión y estrés post pandémico en el desempeño académico de estudiantes universitarios. *J Scientific Investig* 2024;8(1): 3471-3492. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.3471-3492>
6. Muehlschlegel P, Parkinson EA, Chan RYL, Arden MA, Armitage CJ. Learning from previous lockdown measures and minimising harmful biopsychosocial consequences as they end: a systematic review. *J Glob Health*. 2021; 11:05008. doi.org/10.7189/jogh.11.05008.
7. Carod-Artal FJ. Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Rev Neurol* 2021;72: 384-396. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>
8. Libertini G, Corbi G, Cellurale M, Ferrara N. Age-related dysfunctions: evidence and relationship with some risk factors and protective drugs. *Biochem (Mosc)* 2019; 84(12): 1442-1450. <https://doi.org/10.1134/s0006297919120034>
9. Tomasoni D, Bai F, Castoldi R, Barbanotti D, Falcinella C, Mulè G, et al. Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: a cross-sectional study in Milan, Italy. *J Med Virol* 2021; 93: 1175-1179. <https://doi.org/10.1002/jmv.26459>
10. Bouza E, Cantón Moreno R, De Lucas Ramos P, García-Botella A, García-Lledó A, Gómez-Pavón J. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. *Rev Esp Quimioter* 2021;34(4): 269-279. [doi:10.37201/req/023.2021](https://doi.org/10.37201/req/023.2021).
11. Del Rio C, Collins LF, Malani P. Long-term health consequences of COVID-19. *JAMA*. 2020;324(17):1723-1724.
12. López-Sampalo A, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R. Síndrome de COVID-19 persistente. Una revisión narrativa *Rev Clin Esp*. 2022;222(4):241-250. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.10.003>
13. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie - La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos. 17 de abril 2023. [acceso 22/05/2024]. <https://www.paho.org/es/serie-decada-envejecimiento-saludable-americas-situacion-desafios>
14. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(4): e00054020.
15. Castillo-Álvarez F, Fernández-Infante E, Campos MS, García-Mozún B. Sintomatología neuropsiquiátrica en el síndrome post-COVID. Propuesta de manejo y derivación desde atención primaria. *Med Fam SEMERGEN* 2022; 48:263-274. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.09.012>
16. Suárez D, Pascual E, Soravilla JR. Covid persistente y discapacidad. *Med Fam SEMERGEN* 2024;50(2): 102189. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102189>

*Especialista en Medicina Familiar. **Especialista en Medicina Familiar. Maestría en Terapia Familiar. Jefe de Sección Médica en la Clínica de Medicina Familiar No. 1 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Guadalajara, Jalisco. Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar en la CMF 1 del ISSSTE Jalisco. Profesora del Pregrado en Medicina de la Universidad de Guadalajara. Ex presidente del Colegio Jalisciense de Medicina Familiar AC.

Las redes y grupos de apoyo en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Networks and Support Groups for Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome

Redes e grupos de apoio para pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida

Evelia Vanessa Mendoza Cervantes, * Minerva Paulina Hernández Martínez. **

DOI: 10.62514/amf.v26i4.65

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) el VIH y el SIDA pueden traer consigo un elevado grado de angustia relacionada con la gravedad de los síntomas de la infección y por las condiciones de estigmatización -que podrían experimentar las personas infectadas o enfermas- las personas enfermas de VIH/SIDA son mucho más susceptibles para desarrollar trastornos emocionales que el resto de la población general. Tanto el VIH como el SIDA pueden estar concentradas en personas o poblaciones vulnerables que de antemano podrían ser víctimas de marginación y estigmatización. Si bien, el riesgo de contagio se ha generalizado para toda la población, aún prevalece en las personas con mayor riesgo -homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas (principalmente inyectables) y personas promiscuas- todas ellas por su condición tienen un mayor riesgo de padecer trastornos mentales asociados.

Enfrentar la enfermedad en condiciones de fragilidad y de otros riesgos, puede dar pie a síntomas depresivos. En estos casos la posibilidad de hacerse cargo de sí mismo disminuye y definitivamente se hace necesaria la participación de terceras personas en papeles de apoyo o de cuidadores. En este contexto la carga psicológica de los infectados o enfermos se hace mucho más severa ya que la ansiedad o depresión puede alcanzar niveles considerables durante el tiempo en que se asumen las consecuencias de un diagnóstico de este tipo de enfermedad crónica. Es de considerar que aún con los avances científicos, esta enfermedad puede ser mortal; es oportuno recordar que estos enfermos presentan un importante deterioro de su sistema inmune con el consecuente acortamiento de la esperanza de vida y la alta posibilidad de estar sujetos a regímenes terapéuticos de alta complejidad y elevado costo. La pérdida o disminución del apoyo familiar, de sus amistades, su círculo social y la ya declarada estigmatización, pueden promover el recrudecimiento de los niveles de ansiedad y depresión.

Redes y grupos de apoyo

Las redes de apoyo son un elemento importante para el bienestar de los individuos, a través de este conjunto de relaciones se establecen vínculos solidarios para

resolver necesidades específicas.¹ Las redes de apoyo generan confianza y apoyo en tiempos de necesidad, la búsqueda de apoyo para enfrentar situaciones difíciles y satisfacer necesidades comunes es un instinto natural entre los seres humanos. Una red de apoyo genera confianza y establece vínculos que contribuyen a mejorar la calidad de vida.²

Las redes de apoyo se pueden constituir formal o informalmente, es decir, existen instituciones que trabajan organizadamente para realizar acciones de apoyo y acompañamiento a pacientes o personas en situación de fragilidad. Por su parte existen redes de apoyo informal constituidas por familiares, amigos o personas relacionadas que contribuyen de forma paralela y alternativa al trabajo profesional de las redes de apoyo institucionales. En cualquiera de los casos se refiere a grupos de personas que operan de forma colaborativa para beneficiar a personas cuyas necesidades y requerimientos ameritan la participación colectiva de terceras personas, para recibir apoyo y seguridad en una situación particular, ya sea por enfermedad, segregación o fragilidad social.

Redes y grupos de apoyo a pacientes con VIH/SIDA

Los grupos de apoyo social -como se refiere en distintas investigaciones- proporcionan beneficios para que las personas afectadas por VIH/SIDA se dirijan más fácilmente hacia un ajuste social y obtengan a su vez una mayor calidad de vida dados los beneficios de las redes de apoyo. Las redes de apoyo proporcionan aportes sociales de acompañamiento en dos dimensiones; *afectivo y de confianza*, pero no solamente desarrollan confianza, sino que reciben amor y el propio afecto.² El apoyo familiar y el de las redes sociales -así como el de los profesionales de la salud- promueven una mejoría en la autoestima y en la adhesión a los tratamientos, además coadyuvan para un mejor manejo sobre las consecuencias negativas de los eventos estresantes.^{3,4}

Medición de las redes de apoyo

La evaluación del apoyo social es invaluable en medicina familiar; así el apoyo, que se define como un proceso *interactivo*, hace que el individuo vaya

obteniendo ayuda emocional afectiva e instrumental de su red social. Este apoyo es proporcionado como una transacción interpersonal. Algunos estudios revelan que existe una asociación entre mortalidad por todas las causas y la falta de relaciones sociales, y que la sobrevida ante enfermedades crónicas es mayor cuando existe una red de apoyo funcional; además, provee salud mental positiva y reduce los efectos del estrés; por eso, en cuanto a su medición, el apoyo social tiene un lado cuantitativo, que es la cantidad de apoyo social que tiene un individuo; y un lado cualitativo, donde está la percepción de la calidad que se tiene de ese apoyo.⁵

Rodríguez Otero et al.⁶ señalan que en el contexto familiar: padres, parejas y amistades se encuentran los principales sistemas a los que los pacientes comparten su seroprevalencia; el entorno social más cercano representa el principal sistema de reconocimiento para los pacientes. Este estudio revela que los pacientes manifiestan un nivel medio de satisfacción ante el apoyo social o de las redes de apoyo; incluso al de la familia y de las amistades.

Las redes de apoyo contribuyen al buen estado de bienestar de las personas tanto en el tratamiento como en la mejora de la salud general de los pacientes. El apoyo de tipo emocional y el apoyo cognitivo representan -según la percepción de los pacientes- los de mayor valor para su mejoría y manejo de la enfermedad. Exponer el estatus de seropositividad se convierte en una importante decisión para los pacientes ya que, visibilizar esta realidad lo sitúa en una posición que puede ser objeto de estigmatización y acarrear trastornos psiquiátricos o psicológicos; coadyuvando a los procesos de discriminación y exclusión social.

En todos estos procesos las redes de apoyo tienen un papel determinante; a través de sus acciones se pueden mejorar los procesos de ayuda mediante una posición protectora y preventiva. Existe una relación directa entre la internalización del estigma, la discriminación y la satisfacción del apoyo recibido por parte de las redes de apoyo, de manera que la familia, las amistades, los ámbitos laborales, sanitarios y *comunitarios* pueden mejorar el desenvolvimiento del paciente con VIH/SIDA; en consecuencia, favorecen el manejo de la discriminación, la estigmatización y la depresión.⁵⁻⁷

Referencias

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas>
2. Ramírez DEM, Reyes Pérez G del C, Juárez YM, de la Cruz AM, Arcos Castillo K. Apoyo social en personas que viven con VIH [Internet]. Sidastudi.org. [citado el 21 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46905.pdf>
3. Souza Nieves D, Castro D, Reyes C, De Silva M, Elucir S. Apoyo social y calidad de vida en personas con infección de tuberculosis y VIH/Sida. Enfermería Global. [Internet]. 2018; 17(50), 1-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6377924>
4. Chávez-Turello, AL. Breve análisis de la importancia de las redes de apoyo social para la salud mental. 2018;1,13-18.
5. Malpartida Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(9):e543. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>
6. Rodríguez Otero LM, Lara Rodríguez MG. Redes de apoyo en los procesos de estigma asociado al VIH en Nuevo León (México). HAAJ [Internet]. 2022;22(1):40-54. Disponible en: [https://ojs.haaaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=602](https://ojs.haaaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=602)
7. Cardona-Duque Deisy Viviana, Medina-Pérez Óscar Adolfo, Herrera Castaño Sandra Milena, Orozco Gómez Paula Andrea. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016; 15(6):941-954. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010&lng=es

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali, Baja California. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Doctora en Ciencias. Docente de la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Medicina Mexicali. Baja California, México. *** Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali. Baja California. México.

Autor de Correspondencia:
Dra. María Elena Haro Acosta.
Correo electrónico: eharo@uabc.edu.mx

Recepción: 06-04-2024

Aceptación: 09-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por Comité Local de investigación. Los pacientes firmaron el consentimiento informado con previo conocimiento de la investigación.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores jubilados

Frequency of Depression, Anxiety and Stress in Retired Older Adults

Frequência de depressão, ansiedade e estresse em idosos aposentados

Enid Ayerim Ambriz Cota,* Arturo Pelayo Leal,* María Elena Haro Acosta,** Rafael Iván Ayala Figueroa.***

DOI: 10.62514/amf.v26i4.66

Resumen

Objetivo: Conocer la frecuencia de la depresión, ansiedad y estrés (DAE) en pacientes adultos mayores de 60 años jubilados. **Métodos:** Estudio transversal en adultos mayores jubilados (AMJ) de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 en Mexicali, Baja California, México. Se les aplicó la escala DASS-21 para detectar el nivel de depresión, ansiedad y estrés; mediante muestreo no probabilístico por cuotas durante el periodo de septiembre 2022 a enero 2023. Todos los participantes firmaron carta de consentimiento informado. **Resultados:** La muestra fue de 338 adultos mayores jubilados. Predominaron el sexo masculino con 60.4 % y la edad promedio de 69 años. La frecuencia de DAE fue de 81.7%, 47% y 34.3% respectivamente, y predominó el nivel medio en las dos primeras y el nivel moderado en la depresión. **Conclusiones:** Los trastornos mentales como la AED en AMJ se encuentran presentes y con tendencia a incrementarse. Este es un aviso dirigido al personal de salud para considerar el área mental dentro de la evaluación clínica de rutina.

Palabras clave: Adulto mayor, Depresión, Medicina Familiar

Abstract

Objective: To know the frequency of depression, anxiety and stress (DAS) in retired patients over 60 years of age. **Methods:** Cross-sectional study in retired older adults (ROA) from the Family Medicine Unit No. 16 in Mexicali, Baja California, Mexico. The DASS-21 scale was applied to detect the level of depression, anxiety and stress; through non-probabilistic quota sampling during the period from September 2022 to January 2023. All participants signed a letter of informed consent. **Results:** The sample was 338 patients above 60 years of age or older. Male sex predominated with 60.4% and the age was 69 years. The frequency of ASD was 81.7%, 47% and 34.3% respectively, and the medium level predominated in the first two and the moderate level in depression. **Conclusions:** Mental disorders such as DAS in ROA are present and have a tendency to increase. This is a notice directed to health personnel to consider the mental area within the routine clinical evaluation.

Keywords: Older adults, Depression, Family Medicine

Resumo

Objetivo: Conhecer a frequência de depressão, ansiedade e estresse (DAE) em pacientes adultos aposentados com mais de 60 anos. **Métodos:** Estudo transversal em idosos aposentados (IA) da Unidade de Medicina de Família nº 16 de Mexicali, Baja California, México. A escala DASS-21 foi aplicada para detectar o nível de depressão, ansiedade e estresse; por meio de amostragem não probabilística por quotas durante o período de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A amostra foi de 338 idosos aposentados. O sexo masculino predominou com 60,4% e a idade média foi de 69 anos. A frequência de FAE foi de 81,7%, 47% e 34,3% respectivamente, sendo que o nível médio predominou nos dois primeiros e o nível moderado na depressão. **Conclusões:** Transtornos mentais como DAE na IA estão presentes e tendem a aumentar. Este é um aviso direcionado aos profissionais de saúde para que considerem a área mental na avaliação clínica de rotina.

Palabras chave: Idoso, Depressão, Medicina de Família

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), contar con un adecuado estado de salud mental le permitirá al individuo adaptarse y responder de manera eficiente a los diversos retos de la existencia humana.¹ Una de las etapas de la vida del ser humano que implica un progreso natural a medida que nuestra edad avanza: es el envejecimiento. Este proceso no solo trae consigo cambios bioquímicos, sino también biopsicosociales -donde la salud mental de la persona- puede verse afectada de manera positiva o negativa manifestándose como depresión, ansiedad o estrés en el adulto mayor.² Ante la inminente progresividad del envejecimiento en la población, surgen cambios socioeconómicos como lo es la jubilación, referida como el cese de "actividad laboral" por concluir con el ciclo de años trabajados

esperados. La pensión es el método mediante el cual se recibirá el pago por la jubilación. Ambas situaciones denotan un parteaguas en la vida social y emocional del adulto mayor, ya que al no haber concordancia entre el cese de la actividad laboral y lo que se percibe derivado de la pensión, pueden ocurrir además del envejecimiento trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés (DAE).³

Desde el punto de vista geriátrico, aunada a la demencia, la depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes que afectan al adulto mayor, donde su componente multifactorial comprende, desde el deterioro en el estado de salud, el cambio en el rol social y/o económico, el cese de actividades cotidianas, hasta la falta de red de apoyo al anciano. Así aumenta el riesgo de morbilidad por enfermedades físicas que puedan agregarse a otros trastornos mentales o del estado del ánimo. Cualquiera de los tres componentes que integran la DAE podrían agravar el estado de salud y la calidad de vida del paciente exponiéndolo así a una mayor mortalidad.⁴ No obstante, el médico familiar dispone de múltiples instrumentos para evaluar estos trastornos mentales, existe uno, que engloba los tres elementos de DAE en un solo cuestionario: DASS 21.

En el estudio realizado en adultos mayores en Ecuador por Macas et al. en el año 2023, utilizaron la escala DASS-21 donde se encontró que el 47.9% presentó ansiedad, el 33.3% depresión y el 29.4% estrés.⁵ En el Estado de México en el año 2021, Miranda et al.⁶ utilizaron la escala de valoración de depresión (Test Yesavage), los Índices de Katz y Lawton, para identificar los factores que producen depresión en el adulto mayor y observaron que el 89% tenía algún grado de depresión. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México hasta el año 2020, se contaba con una población de 15.4 millones de adultos mayores de 60 años, de los cuales 41.4% eran económicamente activos y el 36.7% recibía jubilación o pensión.⁷ En el año 2020 en el Estado de Baja California se estimó un total de 245 280 adultos mayores, de los cuales 28.8% eran económicamente activos y el 70.6% no activos, siendo Mexicali el segundo municipio con mayor concentración total de esta población.⁸

Existe poca evidencia publicada que valore la salud psicológica -enfocándose en evaluar los tres parámetros juntos en los adultos mayores jubilados- por ello el objetivo del estudio fue conocer la frecuencia de DAE en pacientes mayores de 60 años jubilados en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 16 en Mexicali, Baja California.

Métodos

Se realizó un estudio transversal en adultos mayores de 60 años jubilados adscritos a la UMF N° 16

del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Mexicali, Baja California. Se incluyeron 338 participantes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas durante el periodo de septiembre 2022 a enero 2023. La UMF cuenta con una población de 9 394 adultos mayores. A los 338 adultos mayores se les informó sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó la firma de consentimiento informado. Las variables estudiadas fueron: *edad, sexo, depresión, ansiedad y estrés*. Se aplicó la encuesta DASS-2, validada para medir estados emocionales negativos de DAE con α de Cronbach para la ansiedad es α 0.82, depresión α 0.76 y para el estrés es α 0.75. La encuesta incluyó 21 ítems, los cuales evaluaron estos tres padecimientos de manera simultánea. Los ítems para el estrés son (1, 6, 8, 11, 12, 14), depresión (3, 5, 10, 12, 13, 16 y 17) y ansiedad (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); todas las preguntas son tipo Likert. Se categorizó la severidad de la sintomatología evaluada en la escala, de acuerdo con el puntaje obtenido: *sin sintomatología, con sintomatología leve, con sintomatología moderada, con sintomatología severa y extremadamente severa*.⁹ El análisis de los datos se realizó utilizando estadística descriptiva y analítica con prueba de χ^2 o Prueba de Fisher (para asociar la edad y sexo con la depresión, ansiedad y estrés), mediante el programa estadístico SPSS versión 24. La presente investigación se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki de 1964 y enmiendas posteriores y con autorización del Comité de Investigación del IMSS (Registro R-2022-204-116). Se solicitó la firma de consentimiento informado a los participantes. En caso de detección de algún nivel de depresión, ansiedad o estrés durante el estudio, se canalizó al paciente a la consulta de Medicina Familiar para otorgarle atención, seguimiento y tratamiento oportuno.

Resultados

El estudio estuvo conformado por 338 pacientes, cuyo promedio de edad fue de 69.71 ± 6.8 años, predominando el sexo masculino con el 60.4%. Se encontró predominio en el sexo masculino de 60 a 69 años; del total de los entrevistados el 81.4% presentaron síntomas relacionados con ansiedad, el 47% con estrés y el 34.3% con depresión. En la depresión predominó el nivel moderado con el 16.9%, al contrario, el nivel extremadamente severo se observó en el 1.2%. No hubo predominio entre los sexos en cuanto a la ansiedad donde el nivel medio predominó con 36.7%, seguido del nivel moderado con 31%. En cuanto a la frecuencia de estrés, el sexo femenino fue el predominante, encontrando que el 26.9% tenían un nivel medio mientras que menos del 0.9% padecían un nivel extremadamente severo. **Tabla I**

Tabla I. Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés de la población de acuerdo con la escala DASS-21

Nivel	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n	%	n	%	n	%
Normal	222	65.7	62	18.3	179	53.0
Medio	48	14.2	124	36.7	91	26.9
Moderado	57	16.9	104	31.0	50	14.8
Severo	7	2.0	31	9.0	15	4.4
Extremadamente severo	4	1.2	17	5.0	3	0.9

n = 338

Para el análisis de asociación por grupos de edad, entre depresión y ansiedad se reagruparon los niveles en medio-moderado y severo y extremadamente severo, y se observaron 116 pacientes con depresión media, moderada y severa; y 276 con ansiedad media, moderada y severa. De acuerdo con los grupos de edad, tanto la depresión como ansiedad predominaron en el grupo de 60 a 69 años (60 vs 143), observándose asociación entre estas dos variables $p < 0.05$. **Tabla II.**

Tabla II. Asociación de la edad con depresión y ansiedad

Edad (años)	Depresión			Ansiedad		
	Normal	Medio-moderado	Severo -muy severo	Normal	Medio - moderado	Severo -muy severo
60-69	125	54	6	42	119	24
70-79	84	31	3	19	88	11
≥80	13	20	2	2	21	12
	Prueba de Fisher = 14.179, $p = 0.005$			Prueba de Fisher 16.604, $p = 0.002$		

Al analizar el estrés con el sexo, también se reagruparon los niveles en medio-moderado y severo y extremadamente severo; y se observó asociación significativa $p=0.001$. **Tabla III.** Situación no observada entre el sexo con la ansiedad y la depresión.

Tabla III. Asociación del sexo con el estrés

Sexo	Nivel de estrés		
	Normal	Medio-moderado	Severo-muy severo
Masculino	129	70	5
Femenino	50	71	13

χ^2 de 25.004, $p = 0.001$

Discusión

Hasta el momento se cuenta con poca evidencia publicada donde se valoren simultáneamente con el instrumento: la depresión, la ansiedad y el estrés en los adultos mayores y en este estudio si se evaluaron; motivo por el cual se compararon con trabajos que describen de manera individual DAE en pacientes con características similares. En el presente estudio se realizó asociación de los tres parámetros con edad, predominando la edad de 69 años. Se asoció la edad con la depresión y la ansiedad, y el sexo con el estrés.

En la encuesta realizada por el INEGI a finales de 2022, la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* estimó que 12 110 210 personas mayores de 60 años conformaban la población no económicamente activa específicamente -jubilados o pensionados- en México, de ellos 58% eran hombres y 17% mujeres en el grupo de edad de 60-69 años; esto podría explicar por qué en la presente investigación se encontró al sexo masculino como predominante.¹⁰ Igbokwe et al.¹¹ en Nigeria, evaluaron la prevalencia de depresión en una población de 1 099 adultos mayores de 60 años jubilados o pensionados utilizando como instrumentos *UCLA Loneliness Scale (ULS-8)* y *DASS-21D* (con subescala para depresión y ansiedad únicamente). La prevalencia de depresión y ansiedad fue del 52% y 27.7% respectivamente, liderando el sexo masculino. En el presente estudio fue menor el porcentaje de depresión (34.3%) y mayor el de ansiedad (81.7%). Hernández et al.¹² en su artículo de revisión, concluyen que la depresión en el adulto mayor es multidimensional (*síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales*) y que habitualmente no se incluyen en un solo test; por su parte An et al.¹³ mencionan que la ansiedad se relaciona con síntomas afectivos, somáticos y cognitivos de la depresión; esto se observó en el presente estudio, ya que en el mismo test, algunos participantes referían sentir tanto síntomas relacionados a la ansiedad como a la depresión.

Respecto al estrés, acorde con el estudio realizado en Michigan, Estados Unidos de América, en el año 2021 por Gerlach et al.¹⁴ se incluyeron aleatoriamente a 2 023 adultos mayores a nivel nacional, el 44% manifestó estrés; similar a lo observado en el presente

estudio con el 47% (en ambos sexos predominaron el nivel medio y moderado y el nivel severo en mujeres). Hermida et al.¹⁵ en su artículo de revisión consideran a la jubilación como un factor psicosocial potencialmente estresante, aunque las redes de apoyo positivas lo amortiguan y las mujeres manifiestan actitudes menos desfavorables que los hombres. Por otra parte, Cisneros et al.¹⁶ mencionan que las mujeres jubiladas presentan mayor estrés quizá por su rol social y por fungir como cuidadoras principales en su familia. En este estudio, el nivel estresante severo predominó en las mujeres.

Una limitante de este estudio es que no se tomó en cuenta si los jubilados presentaban comorbilidades como: *cardiopatías, hipertensión, diabetes, entre otras*, para descartar síntomas diferenciales de estos trastornos según estas comorbilidades, como lo menciona Hernández et al.¹² Con base en los resultados de este estudio, se recomienda aplicar la herramienta DASS-21 en los pacientes en que se sospeche DAE identificados en la consulta de medicina familiar, para canalizarlos a los servicios de apoyo correspondientes y ofrecer manejo y tratamiento oportuno. En este estudio, sí se canalizaron a dichos servicios. Además, se sugiere implementar dicha herramienta en aquellos pacientes que cumplan con características similares a las de este estudio para dar continuidad a futuras investigaciones.

Conclusiones

La frecuencia de los trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores de 60 años jubilados de ambos sexos se encuentra al alza. Hubo predominio similar en ambos sexos en la ansiedad, pero en cuanto al estrés, el sexo femenino fue el predominante. Sería de utilidad aplicar herramientas de valoración de salud mental en la consulta de primer nivel de atención para preservar o mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Se plasmó la primera referencia de la frecuencia de DAE utilizando como herramienta la escala DASS-21 -en población mayor de 60 años en condición de jubilación o pensión- tanto en la UMF No. 16, como en el Estado de Baja California y a nivel nacional.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 4 octubre del 2021. Who.int. [acceso 28/08/2022]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Casamitjana M, Cuevas-Esteban J, Trias G, Profesor P, Médico A. El envejecimiento saludable: un desafío para la sociedad actual. Neurociencias. 06/2023. [acceso 29/04/2022]. <https://www.wemindcluster.com/wp-content/uploads/2023/06/BRAINS-Envejecimiento-Neurociencias.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 13 septiembre del 2021. Who.int. [acceso 30/04/2022]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Calderón MD. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered 2018 [acceso 30/04/2022]; 29(3):182-191. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2018000300009
5. Macas Ordoñez BD, Castelo-Rivas WP, González Arellano ND, Castro Vásquez MJ, Castro Vásquez TN. Estrés, ansiedad y de-presión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. Rev Peru Cienc Salud.2023;5(3):213-21doi:<https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
6. Miranda de JY, Álvarez Orozco ME, Álvarez Hernández HJ, Jaimes Cortés, D, Alvarado Reyes ER. Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguillo Maxda, Estado de México. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. 2020 [acceso 02/05/2022];8(5): 00003. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2478>
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre) [acceso 29/09/2022]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda. [acceso 02/06/2022]. <http://www.bajacalifornia.gob.mx/Documentos/coplade/pubso-ciodemograficas/2021/Poblacion-adulta-mayor.pdf>
9. Coker AO, Coker OO, Sanni D. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). AFRREV 2018 [acceso 24/04/2022]; 12(2): 135-142. <https://www.ajol.info/index.php/afrev/article/view/174532>
10. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE). 2022. [acceso 30/09/2022]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
11. Igbokwe CC, Ejeh VJ, Agbaje OS, Umoke PIC, Iweama CN, Ozoemena EL. Prevalence of loneliness and association with depressive and anxiety symptoms among retirees in Northcentral Nigeria: a cross-sectional study. BMC Geriatr 2020;20(1):153. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01561-4>
12. Hernández Calle JA, Córdoba Sánchez V, Velilla Jiménez LM. Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología 2022; 22(1), 1-20. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/C>
13. An MH, Park SS, You SC, Park RW, Park B, Woo HK, et al. Depressive symptom network associated with comorbid anxiety in late-life depression. Frontiers in Psychiatry 2019;10(856): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00856>
14. Gerlach L, Solway E, Singer D, Kullgren J, Kirch M, Malani P. Mental health among older adults before and during the COVID-19 pandemic. University of Michigan National Poll on Healthy Aging. May 2021. <http://dx.doi.org/10.7302/983>
15. Hermida P, Stefani D. La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines 2011;8(2):101-107. [acceso 01/04/2024]. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549017015>
16. Cisneros GE, Ausín B. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol 2018 [acceso 18/02/2024]. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>

*Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar UMF 37 IMSS Hermosillo, Sonora. México. **Médico especialista en Medicina Familiar profesor adjunto de la residencia en Medicina Familiar en UMF 37 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hermosillo, Sonora. México*** Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Investigación en Salud UMF 37 IMSS Hermosillo, Sonora. México.

Autor de Correspondencia:

Dr. Héctor Tecuanhuey-Tlahuel. **Correo electrónico:** hectorrtlahuel1@gmail.com

Recepción: 17-04-2024

Aceptación: 30-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por Comité Local de investigación. Los pacientes firmaron el consentimiento informado con previo conocimiento de la investigación.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria y su relación con la repercusión familiar en pacientes con artritis reumatoide

Functional Dependence on Basic Activities of Daily Living and its Family Impact in Patients with Rheumatoid Arthritis

Dependência funcional para atividades básicas de vida diária e sua relação com o impacto familiar em pacientes com artrite reumatoide

Lizet Avila Martínez, * Dulce Anamin Mada-Duarte, ** Héctor Tecuanhuey Tlahuel. ***

DOI: 10.62514/amf.v26i4.67

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre dependencia funcional a las actividades básicas de la vida diaria y la repercusión familiar en pacientes con artritis reumatoide (AR). **Métodos:** Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 de Hermosillo, Sonora. México. Entre enero 2022 y abril del 2023 se identificaron 372 pacientes con el diagnóstico de AR. Muestreo no probabilístico. La muestra de este estudio fue de 57 pacientes de 40 a 60 años que acudieron a consulta externa de diciembre de 2023 a marzo de 2024. Los pacientes firmaron el consentimiento informado correspondiente. En 57 pacientes se aplicó el Índice de Barthel para determinar la dependencia funcional y el Instrumento de Repercusión Familiar para los efectos de la AR en la familia. **Resultados:** De los 57 pacientes, 79% fueron mujeres y 21% hombres. El 75.4% presentaron dependencia leve y el 50.9% repercusión familiar severa. Se buscó la relación entre dependencia funcional leve y repercusión familiar severa con χ^2 $p < 0.001$. Por áreas de repercusión familiar, el área sociopsicológica y de funcionamiento familiar con la dependencia funcional leve obtuvo $p < 0.001$. **Conclusiones:** En este estudio no se encontraron pacientes con dependencia funcional grave, sin embargo, se observó que la mayoría de los pacientes presentaron dependencia leve con repercusión familiar severa.

Palabras clave: Actividades de la vida diaria, Artritis, Reumatoide, Centros de atención ambulatoria.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between functional dependence on basic activities of daily living and family impact in patients with rheumatoid arthritis (RA). **Methods:** Observational, cross-sectional, prospective and analytical study. It was carried out in the Family Medicine Unit No. 37 of Hermosillo,

Sonora. Mexico. Between January 2022 and April 2023, 372 patients were identified with the diagnosis of RA. Non-probability sampling. The sample of this study was 57 patients between 40 and 60 years old who attended the outpatient clinic from December 2023 to March 2024. The patients signed the corresponding informed consent. In 57 patients, the Barthel Index was applied to determine functional dependence and the Family Impact Instrument was applied to the effects of RA on the family. **Results:** Of the 57 patients, 79% were women and 21% men. 75.4% presented mild dependence and 50.9% had severe family repercussions. The relationship between mild functional dependence and severe family impact was sought with χ^2 $p < 0.001$. **Conclusions:** In this study, no patients with severe functional dependence were found, however, it was observed that the majority of patients presented mild dependence with severe family repercussions.

Keywords: Activities of Daily Living, Arthritis, Rheumatoid, Ambulatory Care Facilities.

Resumo

Objetivo: Analisar a relação entre a dependência funcional nas atividades básicas da vida diária e as repercussões familiares em pacientes com artrite reumatoide (AR). **Métodos:** Estudo observacional, transversal, prospectivo e analítico. Foi realizado na Unidade de Medicina Familiar nº 37 de Hermosillo, Sonora. México. Entre janeiro de 2022 e abril de 2023, foram identificados 372 pacientes com diagnóstico de AR. Amostragem não probabilística. A amostra deste estudo foi de 57 pacientes entre 40 e 60 anos que compareceram ao ambulatório no período de dezembro de 2023 a março de 2024. Os pacientes assinaram o correspondente consentimento informado. Em 57 pacientes foi aplicado o Índice de Barthel para determinar a dependência funcional e o Instrumento de Impacto Familiar foi aplicado para os efeitos da AR na família. Resultados: Dos 57 pacientes, 79%

eram mulheres e 21% homens. 75,4% apresentaram dependência leve e 50,9% tiveram repercussões familiares graves. Buscou-se a relação entre dependência funcional leve e impacto familiar grave com χ^2 $p < 0,001$. Por áreas de impacto familiar, a área sociopsicológica e de funcionamento familiar com dependência funcional leve obteve $p < 0,001$. **Conclusões:** Neste estudo não foram encontrados pacientes com dependência funcional grave, porém observou-se que a maioria dos pacientes apresentava dependência leve com graves repercussões familiares.

Palavras-chave: Atividades de Vida Diária, Artrite Reumatoide, Unidades Ambulatoriais.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es mucho más que un simple trastorno articular, sus efectos pueden permear todas las facetas de la vida de un individuo, incluyendo su *dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria* (ABVD) y la repercusión en su entorno familiar. La relación entre estas dos variables se refleja en como la progresión de la enfermedad puede llevar a una disminución en la autonomía del paciente, lo que a su vez puede causar estrés y cambios significativos en el núcleo familiar.¹⁻²

La AR es una enfermedad sistémica, crónica y progresiva que afecta a millones de personas en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud reporta que las enfermedades reumáticas son la segunda causa de consulta en los hospitales, de absentismo laboral y pérdida de trabajo.³ En general, la prevalencia de AR a nivel mundial oscila entre el 0.3 al 1.2%, las estimaciones más altas corresponden a tribus indígenas americanas por encima del 3%, y las más bajas se han encontrado en África y Asia, por debajo del 0.2%.⁴ En México las enfermedades reumáticas afectan a aproximadamente a 10 millones de personas, siendo la AR y la osteoartritis las dos más comunes.⁵ En 2013, el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia del 1.6% dentro de la población, lo que colocó a México entre los países con alto porcentaje en AR. En el Estado de Sonora, México no se cuenta con un registro oficial de casos nuevos dentro de las Enfermedades Reumáticas ni de AR por lo cual la información sobre su incidencia y prevalencia en el Estado es muy limitada.⁶

La AR afecta principalmente las articulaciones diartrodiales y las estructuras periarticulares ocasionando inflamación, dolor, y rigidez.⁷ El dolor constante, la fatiga, y la disminución de la movilidad pueden limitar la capacidad de los pacientes para realizar tareas tan básicas como vestirse, cocinar, conducir o incluso caminar. Los efectos de la AR en la dependencia funcional son tanto físicos como psicológicos, dado a la pérdida de independencia y autonomía.¹⁻² La AR

no solo afecta a quienes la padecen, sino que también puede alterar la dinámica familiar. Los miembros de la familia pueden encontrarse asumiendo roles de cuidadores, asistiendo en las tareas cotidianas y brindando apoyo emocional, afectando la calidad de vida de todos los involucrados. El entendimiento de estas dos variables, es fundamental para proporcionar un enfoque de tratamiento integral que no solo se centre en los síntomas físicos de la AR, sino que también tome en cuenta el bienestar emocional y social de los pacientes y sus familias.^{2,8} El entorno familiar es muy importante, si se rompe el vínculo familiar, la familia se verá afectada y como consecuencia surgirían familias disfuncionales. La repercusión familiar se refiere al impacto que la enfermedad tiene en la vida de los miembros de determinada familia. Esto puede tomar varias formas, que incluyen cambios en: las dinámicas familiares, roles de cuidado, aspectos emocionales y consideraciones financieras.⁹⁻¹⁰

Esta investigación resalta la importancia de la evaluación integral de los pacientes con AR, reconocer las limitaciones de sus actividades de vida diaria, y valorar la repercusión en su entorno familiar. Es decir, es una primera aproximación al problema para conocer datos epidemiológicos, clínicos, funcionales y familiares que nos ayudarán a comprenderlo mejor e intentar realizar a futuro intervenciones efectivas, sobre todo aquellas enfocadas a la prevención de la progresión de la enfermedad. El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre dependencia funcional de ABVD y la repercusión familiar en pacientes con AR.

Métodos

Estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico por muestreo no probabilístico. Se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora, México; donde se buscó la relación entre dependencia funcional de ABVD y su repercusión familiar en pacientes con AR. De acuerdo al censo del Área de Información Médica y Archivo Clínico de enero 2022 a abril del 2023 se contabilizó un total de 372 pacientes con el diagnóstico de AR. La muestra de este estudio fue de 57 pacientes de 40 a 60 años que acudieron a consulta externa de diciembre de 2023 a marzo de 2024; se les explicó detalladamente en qué consistía la investigación y firmaron el consentimiento informado correspondiente.

El concepto de dependencia funcional se refiere a la capacidad presente de una persona para realizar las actividades de vida diaria sin apoyo o supervisión.¹¹⁻¹² La AR se asocia a: *la limitación en las actividades diarias, discapacidad laboral, menor calidad de vida y altos costos de atención médica.*^{3,6,13} Uno de los instrumentos recomendados para medir la dependencia

funcional es el índice de Barthel, el cual se ha convertido en una herramienta esencial en la rehabilitación y en la evaluación de pacientes con AR para quienes las actividades cotidianas pueden resultar desafiantes debido a sus síntomas físicos. Ofrece una evaluación objetiva y estandarizada de cómo la AR afecta la capacidad del paciente para realizar actividades de vida diaria, proporcionando evaluación de la dependencia funcional, progresión de la enfermedad, planificación del tratamiento, cuidado y evaluación del resultado del tratamiento.¹⁴⁻¹⁵

La AR crea una cascada de repercusiones que trascienden el ámbito médico e impactan a la familia, ya que provoca cambios en roles y responsabilidades. Ocasiona impacto económico en la familia con los costos de tratamiento y la disminución de la capacidad de trabajo. Los familiares de los pacientes con AR a menudo asumen un papel de cuidadores, lo que puede generar un estrés significativo y alterar el equilibrio familiar.¹⁶ Por lo que poder evaluar la repercusión familiar de los pacientes con AR se ha convertido en un tema vital en la actualidad. Para este propósito se utilizó el Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA), el cual ha demostrado evidencias de validez y confiabilidad adecuadas. El instrumento consta de 20 ítems, distribuidos en cuatro áreas: área socioeconómica, sociopsicológica, funcionamiento familiar y estado de salud.¹⁷ La presente investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud (CLIES) con el registro institucional R: 2023-2604-119

Tabla 1. Distribución de la Repercusión Familiar de pacientes con AR según áreas evaluadas

Nivel de repercusión	ÁREA							
	Socioeconómica		Sociopsicológica		Funcionamiento familiar		Estado de salud	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No repercusión	0	0	0	0	1	1.75%	8	14.03%
Repercusión leve	12	21%	3	5.26%	5	8.70%	30	52.60%
Repercusión moderada	10	17.50%	12	21.05%	5	8.70%	8	14.03%
Repercusión elevada	13	22.80%	34	59.60%	15	26.30%	7	12.28%
Repercusión severa	22	38.50%	8	14.03%	31	54.30%	4	7.01%
TOTAL	57		57		57		57	

Resultados

Se incluyó una muestra de 57 pacientes, encontrando una media de edad de 53.1, de los cuales el 72% (n=41) se concentró principalmente en el grupo de 51-60 años y el 28% (n=16) en el grupo de 40-50 años. Con relación al género predominó el femenino con un 79% (n=45) y el 21% (n=12) masculino. En cuanto a la escolaridad, predominó el nivel de licenciatura con 45.6% (n=26), seguido por preparatoria 26.3% (n=15), secundaria 21.1% (n=12) y primaria 7% (n=4). Respecto al estado civil, la mayoría de los pacientes eran casados con un 57.9% (n=33), seguidos por unión libre 31.6% (n=18) y solteros con 10.5% (n=6). La ocupación más frecuente fue la de empleado con un 59.6% (n=34) y hogar con un 40.4% (n=23). Con respecto al tiempo de diagnóstico de AR el 75% (n=43) presentaron más de cinco años de evolución mientras que el 25% (n=14) presentó menos de cinco años.

Se buscó la dependencia funcional en actividades básicas de vida diaria en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide a través de la encuesta del índice de Barthel, se identificó que el 12.3% (n=7) tenía independencia, el 75.4% (n=43) dependencia leve, el 12.3% (n=7) dependencia moderada, y ninguno con dependencia grave o total. Se aplicó el instrumento Índice de Repercusión Familiar (IRF) para conocer la afección de la repercusión familiar en pacientes con AR donde se encontró que el 50.9% (n=29) presentó repercusión familiar severa, el 24.6% (n=14) elevada, 15.8% (n=9) moderada, 7% (n=4) leve y el 1.8% (N=1) con no repercusión. A los 57 pacientes se les evaluó a cada uno las cuatro dimensiones de la repercusión familiar: en la dimensión socioeconómica el 38.5% tuvieron repercusión severa, dimensión sociopsicológica 59.6% presentó repercusión elevada, dimensión de funcionamiento familiar 54.3% con repercusión severa y la dimensión del estado de salud 52.6% mostró repercusión leve. (Tabla 1).

Al analizar la interacción de la dependencia funcional en las actividades básicas de vida diaria (ABVD) y la repercusión familiar, encontramos que dentro de los pacientes con dependencia leve (n=43), el 55.8% (n=24) presentó una repercusión familiar severa y el 20.9% (n=9) presentó una repercusión familiar elevada (Tabla II). Se buscó la relación de la dependencia funcional leve de ABVD y repercusión familiar severa a través del análisis estadístico de χ^2 obteniendo una p de <0.001, la cual fue estadísticamente significativa. (Tabla III). Al analizar por área o dimensiones de repercusión familiar, el área sociopsicológica y área de funcionamiento familiar con la dependencia funcional leve se obtuvo p <0.001 las cuales fueron estadísticamente significativas. (Tablas IV y V).

Tabla II. Dependencia Funcional ABVD y Repercusión Familiar

		Repercusión Familiar					Total
		Repercusión leve	Repercusión moderada	Repercusión elevada	Repercusión severa		
Dependencia Funcional ABVD	Dependencia moderada	0	0	1	3	3	7
	Dependencia leve	1	3	6	9	24	43
	Independencia	0	1	2	2	2	7
Total		1	4	9	14	29	57

Tabla III. Prueba χ^2 para dependencia leve ABVD vs repercusión familiar severa

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
X2 de Pearson	13.497	1	<.001
Corrección de continuidad	11.304	1	<.001
Razón de verosimilitud	18.564	1	<.001
Asociación lineal por lineal	13.260	1	<.001
N de casos válidos	57	1	

Tabla IV. Prueba de χ^2 para dependencia leve vs área sociopsicológica

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27.434	1	<.001		
Corrección de continuidad ^b	24.247	1	<.001		
Razón de verosimilitud	32.762	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
Asociación lineal por lineal	26.952	1	<.001		
N de casos válidos	57				

Discusión

De una muestra total de 57 paciente el 79% fueron mujeres y 21% hombres, lo que corresponde a lo observado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en donde se menciona que los casos nuevos de AR por lo general son entre dos y tres veces más altos en las mujeres que en los hombres.⁷ En la dependencia funcional de ABVD el 75.4% de los pacientes presentaron dependencia leve, lo que concuerda con un estudio realizado por Espinosa et al.¹⁸ en una muestra de 217 usuarios con AR, en donde se encontró que la capacidad funcional más frecuente (95%) indicó una “discapacidad leve”. Respecto a los resultados individuales en las áreas de actividades diarias, encontraron que las áreas más afectadas eran: vestido y aseado, levantarse, comer, caminar e higiene, concluyendo que la mayoría de los usuarios presentaron dependencia leve para ABVD, a diferencia de nuestro estudio en donde las áreas más afectadas fueron desplazarse y subir y bajar escaleras.

En un estudio realizado por Cotarelo-Méndez AM. et al.¹⁹ se evaluó la asociación de capacidad funcional y repercusión familiar de los pacientes con AR con una muestra total de 53 pacientes de los cuales el 64.1 % superaba los cinco años de diagnóstico y el 51% presentó una dependencia funcional leve. Con respecto a la repercusión familiar en el área socioeconómica la repercusión elevada predominó con 39.6%, en el área sociopsicológica tuvo repercusión severa 30.2%, en cuanto al funcionamiento familiar manifestaron repercusión elevada en 35.8% y en el estado de salud prevaleció la repercusión elevada (39.6%). Lo anterior es similar a lo encontrado en nuestro estudio, donde el 75% presentaron más de cinco años de evolución con la enfermedad y 75.4% dependencia leve. En la repercusión familiar se obtuvieron valores similares donde de manera global, el 50.9% de los pacientes mostraron tener una repercusión familiar severa, en el área socioeconómico predominó con 38.5% la repercusión severa, área sociopsicológica

Tabla V. Prueba de χ^2 para dependencia leve vs área funcionamiento familiar

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.127	1	<.001		
Corrección de continuidad ^b	19.316	1	<.001		
Razón de verosimilitud	27.661	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
Asociación lineal por lineal	21.739	1	<.001		
N de casos válidos	57				

59.65% con repercusión elevada y por último en el área de funcionamiento familiar 54.3% con repercusión severa. En el análisis estadístico de asociación entre la dependencia funcional leve de ABVD y su relación con la repercusión familiar severa, se obtuvo p de <0.001, la cual fue estadísticamente significativa. Una limitante de este estudio podría ser el tamaño de la muestra y el rango de edad, ya que los adultos de mediana edad suelen tener mejor apego al tratamiento y por consecuencia menos dependencia funcional en ABVD; al considerar una muestra más amplia se podrían abarcar más pacientes con algún otro grado de dependencia y repercusión familiar.

Conclusiones

La mayoría de la población -en el presente estudio- se encontró con una dependencia funcional leve en actividades básicas de la vida diaria con una repercusión familiar elevada y severa. Estos pacientes reflejaron que podían realizar la mayoría de las ABVD, sin embargo, a pesar de tener una dependencia leve, mostraron tener una mala repercusión familiar reflejando no tener una buena red de apoyo, donde las áreas más afectadas fueron la sociopsicológica y la de funcionamiento familiar.

Estos resultados subrayan la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario, en donde se tomen en cuenta factores como el contexto socioeconómico y la esfera psicológica, debido a que la familia juega un papel importante en donde se asumen por ejemplo los roles de cuidadores, brindando apoyo emocional y físico en actividades cotidianas, lo cual podría llegar a producir un impacto negativo en las familias; como consecuencia de las crisis económicas, los problemas de adaptación, los de participación en la sociedad y las alteraciones en el funcionamiento familiar. Por estas razones, es importante incluir estrategias de

educación dirigidas al cuidador y/o al resto de la familia para evitar situaciones de estrés y tensión dentro del núcleo familiar afectando su calidad de vida. La implementación de estas medidas no solo buscan aliviar la presión sobre los servicios de salud, sino tener una adecuada y eficiente red de apoyo familiar para así mejorar las relaciones dentro de la propia familia. Como médicos familiares -al adoptar un enfoque más integral y prestar atención a las complejidades del entorno familiar- podemos avanzar hacia un sistema de salud que atienda de manera más efectiva y humana las necesidades de la población y se ofrezca un manejo y tratamiento más asertivo e individualizado a cada paciente.

Referencias

1. Cruz-Castillo Y, Montero N, Salazar-Ponce R, Villacís-Tamayo R. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. *Rheumatol Clin (Engl Ed)*. 2019;15(5):296-300.
2. Intriago M, Maldonado G, Cardenas J, Rios C. Quality of life in Ecuadorian patients with established rheumatoid arthritis. *Rheumatol*. 2019;11:199-205.
3. Gobierno de México. Día Mundial de la Artritis y las Enfermedades Reumáticas; 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-y-las-enfermedades-reumaticas-12-de-octubre?idiom=es#:~:text=Se%20estima%20que%201.5%25%20de,particularmente%20en%20manos%20y%20rodillas>.
4. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. Unidad de Investigación (Epidemiología clínica). Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. *Revista Española de Reumatología* 2002;29(3):86-89. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-pdf-13029550>
5. AMEPAR. Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide A.C. Datos estadísticos. México D.F. 2008. Disponible en: <https://amepar.org.mx/cifras-en-mexico/#more>
6. Gobierno de México. Artritis reumatoide; 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/artritis-reumatoide>
7. CDC. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Artritis Reumatoidea en español. Clifton Rd. Atlanta: USA; 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/arthritis/spanish/tipos/artritis-reumatoide.html>
8. Gómez-Ramírez OJ, Gómez-Ramírez AP. Calidad de vida, nivel de salud percibido y factores sociodemográficos en personas con artritis reumatoide. *Aquichan*. 2017;17(2):150-161.
9. López PDCM, Morales ÁCT, Álvarez AA. Implicaciones de la capacidad funcional en la funcionalidad familiar de las personas con artritis reumatoide. *Aten Fam*. 2022;29(1):51-53.
10. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis - A preliminary study. *Acta Clin Croat*. 2019 Mar;58(1):157-166. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6629210/>

11. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study. *Rheumatol Clin (Engl Ed)*. 2018;14(6):360-366.
12. Munchey R, Pongmesa T. Health-Related Quality of Life and Functional Ability of Patients with Rheumatoid Arthritis: A Study from a Tertiary Care Hospital in Thailand. *Value Health Reg Issues*. 2018;15:76-81.
13. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Número 12 | Volumen 33. Artritis Reumatoide y su Impacto Social y Económico; 2016. Obtenido de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/72394/sem12.pdf>
14. Strini V, Piazzetta N, Gallo A, Schiavolin R. Barthel Index: creation and validation of two cut-offs using the BRASS Index. *Acta Biomed*. 2020;91(2-S):19-26.
15. Zochling J, Stucki G, Grill E, Braun J. A comparative study of patient-reported functional outcomes in acute rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2007;34(1):64-69.
16. Chumpitaz Chávez Y, Moreno Arteaga C. Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. *Revista Herediana de Enfermería* 2016;9(1):30-36. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2860>
17. Herrera PM, González I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la salud familiar. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2002; 18(2):169-72.
18. Espinosa D, Hernández MC, Cerdán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam*. 2017;24(2):67-71.
19. Cotarelo-Méndez AM, Estévez-Perera A, Guridi-González MZ. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cub Reumatol*. 2013;15(3):146-152.

*Profesora Titular Residencia Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. **Servicio de Atención Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. *** Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas, México. **** Facultad de Medicina de Tampico "Dr. Alberto Romo Caballero", Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tampico, Tamaulipas, México. ***** Servicio de Atención Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tampico, Tamaulipas, México. Lilitiana Aurora Carrillo-Aguilar: ORCID: 0000-0003-1640-925. Karla Paola Estrada-Méndez: ORCID: 0009-0005-7892-5921 Orquídea Elizabeth Martínez-Pérez: ORCID: 0009-0005-4664-7496 Ricardo Salas-Flores: ORCID: 0000-0002-3987-2493 Miriam Janet Cervantes López: ORCID: 0000-0002-5925-1889 Brian González-Pérez: ORCID: 0000-0002-5089-5792

Autor de Correspondencia: Dr. Brian González-Pérez. **Correo electrónico:** brian.gonzalez.perez@gmail.com

Recepción: 07-02-2024

Aceptación: 22-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por el Comité Local de investigación.

Los pacientes firmaron el consentimiento informado con previo conocimiento de la investigación.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México

Association between Family Support and Glycemic control in a Family Medicine Unit in Ciudad Madero, Tamaulipas. Mexico

Associação entre apoio familiar e controle glicêmico em uma Unidade de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México

Lilitiana Aurora Carrillo Aguiar, * Karla Paola Estrada Méndez, ** Orquídea Elizabeth Martínez Pérez, *** Ricardo Salas Flores, **** Miriam Janet Cervantes López, ***** Brian González Pérez. *****

DOI: 10.62514/amf.v26i4.68

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre el grado de apoyo familiar percibido (AFP) y el control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Métodos:** Estudio transversal, se realizó un muestreo no probabilístico entre los pacientes con DM2 de la UMF No. 77 de Ciudad Madero, Tamaulipas, México. Se obtuvo una muestra de 210 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo consentimiento informado se obtuvieron las características sociodemográficas, determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) estableciendo como control glicémico valores de <6.5%. Se aplicó un instrumento validado para evaluar el grado de AFP (leve, moderado, alto). **Resultados:** Del total de 186 pacientes, el 36% tuvieron un buen control glicémico. El 26.3% presentaron complicaciones de la enfermedad y se asociaron a descontrol glicémico. Pacientes con bajo AFP tuvieron dos veces mayor riesgo de descontrol glucémico en comparación de los pacientes con moderado y alto grado de AFP. **Conclusiones:** El apoyo familiar es crucial para el control de la glucosa en pacientes con DM2, a su vez las complicaciones de la enfermedad están asociadas a un mal control glucémico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Control Glucémico, Apoyo Familiar

Abstract

Objective: To evaluate the association between the degree of perceived family support (PFS) and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Methods:** Cross-sectional study, non-probabilistic sampling was carried out among patients with DM2 from UMF No. 77 from Ciudad Madero, Tamaulipas. Mexico. A sample of 210 patients who met the inclusion criteria was obtained. After informed consent, sociodemographic characteristics and determination of glycated hemoglobin (HbA1c) were obtained, establishing values of <6.5%

as glycemic control. A validated instrument was applied to evaluate the degree of PFS (mild, moderate, high). **Results:** Of the total of 186 patients, 36% had good glycemic control. 26.3% presented complications of the disease and were associated with poor glycemic control. Patients with low PFS had twice the risk of poor glycemic control compared to patients with moderate and high levels of PFS. **Conclusions:** Family support is crucial for glucose control in patients with DM2, in turn the complications of the disease are associated with poor glycemic control.

Keywords: Diabetes Mellitus, Glycemic Control, Family Support

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre o grau de apoio familiar percebido (AFP) e o controle glicêmico em pacientes adultos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Métodos:** Estudo transversal, amostragem não probabilística realizada entre pacientes com DM2 da UMF nº 77 de Ciudad Madero, Tamaulipas, México. Obteve-se uma amostra de 210 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Após consentimento informado, foram obtidas características sociodemográficas e determinação da hemoglobina glicada (HbA1c), estabelecendo-se valores <6,5% como controle glicêmico. Foi aplicado um instrumento validado para avaliar o grau de AFP (leve, moderado, alto). **Resultados:** Do total de 186 pacientes, 36% apresentaram bom controle glicêmico. 26,3% apresentaram complicações da doença e estavam associadas ao mau controle glicêmico. Pacientes com baixa AFP tiveram duas vezes mais risco de mau controle glicêmico em comparação com pacientes com níveis moderados e altos de AFP. **Conclusões:** O apoio familiar é crucial para o controle glicêmico em pacientes com DM2, por sua vez as complicações da doença estão associadas ao mau controle glicêmico.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Controle Glicêmico, Apoyo Familiar

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye un importante problema de salud pública en el mundo. En 2019 el número de personas con DM2 fue de 463 millones y se estima para el 2030 sea de 578 millones.¹ En Latinoamérica se ha documentado un incremento alarmante de este padecimiento. En México, la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición "ENSANUT 2018"* mostró 8.6 millones de personas con DM2, con mayor prevalencia en mujeres.² La prevalencia general de DM2 en el 2018 fue de 10.3% y sólo el 25% de los adultos con DM2 con previo diagnóstico tenían control glucémico adecuado.³ El Estado de Tamaulipas en la ENSANUT 2018 pasó del 6° a 2° lugar nacional -en pacientes diabéticos- contando con el 12.8% de la población mayor de 20 años.⁴ El autocontrol de la DM2 es la piedra angular para lograr un buen control glucémico y reducir el riesgo de complicaciones tanto microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) como macrovasculares (enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares).⁵ El tratamiento de la DM2 requiere de un papel activo del paciente y la inclusión de la familia siendo ésta la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente, ya que aporta la máxima ayuda afectiva, emocional e instrumental para afrontar con éxito los problemas que ocasionen la DM2.⁶ En etapas tempranas del padecimiento, el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de los enfermos.^{7,8}

Métodos

Estudio observacional, analítico, transversal en pacientes con DM2 que acudieron al primer nivel de atención. Se realizó una entrevista en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 77, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Ciudad Madero, Tamaulipas, México, de febrero a octubre de 2023. Se realizó un muestreo no probabilístico entre los pacientes con DM2 de la UMF No. 77; se obtuvo una muestra de 210 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación (R-2023-2804-038).

Se incluyeron pacientes ambulatorios con DM2, adscritos a alguno de los consultorios de la UMF No. 77 y que estuvieran acompañados de un familiar. Se excluyeron a las pacientes embarazadas y usuarios con enfermedad vascular cerebral, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal crónica y discapacidad que le impidiera comprender o responder la encuesta aplicada. Una vez corroborados los criterios de

elegibilidad se solicitó la firma del consentimiento informado al paciente y al familiar correspondiente.

Para la recolección de información sobre las características sociodemográficas, control glucémico y el apoyo familiar percibido (AFP), se utilizó un cuestionario validado y estandarizado mediante una escala multidimensional de 24 ítems de apoyo social percibido por parte del familiar encargado. El instrumento está avalado para su aplicación en población mexicana desde el 2003 por Valadez Figueroa et al.⁹ consta de 24 ítems y posee un índice de Alfa de Cronbach de 0.93. Las áreas que explora el instrumento se dividieron en cuatro subescalas: 1) *conocimiento sobre medidas de control*; 2) *conocimiento sobre complicaciones*; 3) *actitudes hacia el enfermo*; 4) *actitudes hacia las medidas de control*. Cada ítem fue puntuado de 1-5 de la siguiente manera; siempre = 5, casi siempre = 4, ocasionalmente = 3, rara vez = 2 y nunca = 1. El AFP global es clasificado en las categorías de alto (188-265), medio (120-187) y bajo (51-119), de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento. Se programó -a los pacientes- para una cita en el laboratorio clínico, previo ayuno de 8 h, se tomó una muestra de 5 ml de sangre venosa para la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c). Los encuestadores desconocieron el resultado de HbA1c del paciente al momento de aplicar los instrumentos. El control glucémico se evaluó con una sola medición de HbA1c y se consideró un control adecuado al valor < 6.5%. En el análisis bivariado se utilizó χ^2 para las variables categóricas. Se calcularon los odds ratios (OR) para evaluar el riesgo asociado a los factores sociodemográficos, control glicémico y puntuación de AFP. Se estableció significación estadística con un valor de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó en el software SPSS versión 25.0 (Chicago Illinois) para Windows.

Resultados

El tamaño muestral estimado fue de 210 pacientes, 24 fueron excluidos por tener incompleto su expediente electrónico, confirmando una muestra final de 186 pacientes de los cuales 107 (57.5%) fueron mujeres y 79 (42.5%) hombres. La edad fluctuó entre 26 y 94 años, con una mediana de 66 años. El nivel de escolaridad reportado con mayor frecuencia fue primaria y secundaria completa (33.8% y 23.1%) y licenciatura 22.5% respectivamente. Con respecto al estado civil, más de 70.4% de los pacientes reportaron estar divorciados, seguido de viudos 16.7%. En la consulta con el paciente se recaudó la información sobre el AFP, se encontró que el familiar que con mayor frecuencia apoya directamente al paciente fue el cónyuge en 101 (54.3%) de los pacientes. La tipología familiar de mayor frecuencia fue la nuclear simple en 130 (69.9%) y la menos común la nuclear extensa en 1 (0.5%) paciente. El resultado de la encuesta realizada dio como

resultado el grado de AFP, el cual en mayor frecuencia se observó: apoyo medio 121 pacientes (65.1%), seguido de alto en 56 (30.1%) y bajo con 9 (4.8%).

Tabla I

Tabla I. Características sociodemográficas y apoyo familiar de los pacientes con DM2

Factor	Categorías	N=186 (%)
Edad (años)		66 (26 - 94)
Sexo, n (%)	Mujeres	107 (57.5)
	Hombres	79 (42.5)
Escolaridad, n (%)	Licenciatura	42 (22.6)
	Preparatoria	36 (19.4)
	Secundaria	43 (23.1)
	Primaria	63 (33.9)
	Analfabeta	2 (1.1)
Estado civil, n (%)	Casado	131 (70.4)
	Divorciado	11 (5.9)
	Unión libre	4 (2.2)
	Viudo	31 (16.7)
	Soltero	9 (4.8)
Familiar que apoya, n (%)	Cónyuge	101 (54.3)
	Hijos	65 (34.9)
	Padres	4 (2.2)
	Otros	16 (8.6)
Tipología familiar, n (%)	Nuclear simple	130 (69.9)
	Nuclear numerosa	8 (4.3)
	Nuclear extensa	1 (0.5)
	Extensa compuesta	23 (12.4)
	Monoparental	11 (5.9)
	Reconstruida	3 (1.6)
	Solo	10 (5.4)
Grado de apoyo familiar, n (%)	Bajo	9 (4.8)
	Medio	121 (65.1)
	Alto	56 (30.1)

Se estudiaron las características propias de la DM2 en los pacientes, se observó que el tiempo de evolución con el diagnóstico de DM2 de los pacientes tuvo una media de 15.3 años (+/-8.3), con mediana de 15 años (rango de 1 a 40 años). La comorbilidad más comúnmente observada fue hipertensión arterial, encontrada en 106 (57 %) pacientes, seguida de dislipidemia en 24 (12.9 %) de los pacientes. La media de HbA1c fue de 7.8% (rango, 4.9% a 14%). Poco menos de la mitad de los pacientes 67 (36.0%) se encontraban bajo control glicémico y se observó que en 141 pacientes (75.8%) estaban bajo polifarmacia. Las complicaciones por DM2 se describen en la Tabla II.

Tabla II. Características de la enfermedad de los pacientes con DM2

Factor	Características	N=186 (%)
Diagnóstico de DM2 (años)		15 (1 - 40)
Comorbilidades, n (%)	Hipertensión	106 (57.0)
	Dislipidemia	24 (12.9)
	Obesidad	21 (11.3)
	Ninguna	35 (18.8)
Polifarmacia, n (%)		141 (73.8)
HbA1c (%)		7,86 (4,9 - 14,0)
Control glucémico <6.5%		67 (36.0)
Complicaciones, n (%)	Nefropatía	30 (16.1)
	Neuropatía	5 (2.7)
	Retinopatía	14 (7.5)
	Ninguna	(73.7)

Se realizó un modelo de regresión logística multivariada para estudiar los predictores de control y descontrol glucémico en pacientes con DM2. Se observó que los pacientes en descontrol glucémico fueron mujeres con 71 (59.7%). La comorbilidad con mayor frecuencia encontrada en pacientes con descontrol glucémico fue hipertensión arterial con 73 (61.3%), seguida de obesidad con 15 (12.6%), no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Las complicaciones por DM2 se encontraron con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), donde: nefropatía por DM2 se encontró en 29 (24.4) con (OR = 2.47; IC 95% = 1.03-5.35), neuropatía (OR = 2.95; IC 95% = 1.23-4.99), retinopatía (OR = 1.88; IC 95% = 1.00-6.94) y ninguna complicación (OR = 0.62; IC 95% = 0.38-0.89). El grado de AFP se encontró con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el bajo grado (OR = 2.90; IC 95% = 1.51-5.34), medio (OR = 0.51; IC 95% = 0.27-0.95) y alto grado con (OR = 0.92; IC 95% = 0.87-0.97). Tabla III

Discusión

Diferentes estudios han señalado la importancia de un control estricto de la glucemia para ralentizar o prevenir las complicaciones de la DM2.⁹ Es importante que el paciente con DM2 participe activamente y el autocontrol de la glucemia es uno de los métodos clave para evitar o retardar la presencia de las complicaciones propias de la misma.¹⁰ La presente investigación estimó la proporción de pacientes con DM2 que alcanzaron un buen control glucémico. Un total de 67 (36.0%) tenían un buen control glucémico. La razón de este bajo nivel de control glucémico

puede ser probablemente por la falta de asesoramiento continuo de los participantes sobre la necesidad de seguir una dieta, hacer ejercicio y someterse a intervenciones médicas cuando acuden a las visitas en las unidades médicas.¹¹ El nivel educativo de los sujetos también pudo haber influido, ya que se observó que el 33.9% de los participantes reclutados en este estudio tenían al menos la primaria terminada. El sesgo de selección puede haber contribuido. Sin embargo, esto no concuerda con los estudios realizados por otros autores tanto en México como en otros países.¹²⁻¹⁵

Tabla III. Asociación de grado de apoyo familiar, comorbilidades, complicaciones y grado de apoyo familiar con control glicémico de paciente con DM2

Factor	Control glicémico	Descontrol glicémico	P	OR	CI
Sexo, n (%)					
Femenino	36 (53.7)	71 (59.7)	0.082	0.78	0.42-1.43
Masculino	31 (46.3)	48 (40.3)	0.432	1.27	0.69-2.33
Comorbilidades, n (%)					
Hipertensión	33 (49.3)	73 (61.3)	0.110	0.61	0.33-1.120
Dislipidemia	11 (16.4)	13 (10.9)	0.283	1.60	0.67-3.80
Obesidad	6 (9.0)	15 (12.6)	0.450	0.68	0.25-1.85
Ninguna	17 (25.4)	18 (15.1)	0.086	1.90	0.90-4.01
Complicaciones, n (%)					
Nefropatía	1 (1.5)	29 (24.4)	0.000	2.47	1.03-5.35
Neuropatía	0 (0.0)	5 (4.2)	0.033	2.95	1.23-4.99
Retinopatía	0 (0.0)	14 (11.8)	0.002	1.88	1.00-6.94
Ninguna	66 (98.5)	71 (59.7)	0.000	0.62	0.38-0.89
Grado de apoyo familiar, n (%)					
Bajo	0 (0.0)	9 (7.6)	0.001	2.90	1.51-5.54
Medio	37 (55.2)	84 (70.6)	0.035	0.51	0.27-0.95
Alto	30 (44.8)	26 (21.8)	0.021	0.32	0.17-0.77

Los factores de riesgo, así como las comorbilidades influyen en el apego al tratamiento de cualquier enfermedad, estudios como el de Hernández-Nava et al.¹⁶ encontraron que: *el sedentarismo, desconocimiento de la enfermedad, desconfianza en la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil, intolerancia a los medicamentos, polifarmacia y empleo de terapias alternativas como los principales factores de riesgo asociado a un descontrol glicémico*, mientras que en el presente estudio, la presencia de

complicaciones como nefropatía neuropatía, retinopatía y un apoyo familiar bajo fueron factores de riesgo principales para el descontrol glucémico.

Los resultados de este trabajo muestran que -la asociación entre el AFP medio, alto y el control glucémico- ponen de relieve la importancia de una red familiar para el control de la enfermedad. Este hallazgo es similar a lo reportado por Méndez et al.¹⁷ donde mostraron una relación entre mayor frecuencia de pacientes en descontrol glicémico y disfunción familiar -en una población ambulatoria del IMSS-. Esto contrasta con estudios como el de Ávila et al.¹⁸ donde desde un nivel medio encontró riesgo a descontrol glucémico en pacientes con DM2, donde se tomaron en cuenta factores sociodemográficos, características de la enfermedad y AFP, sin embargo, la mayor diferencia fue la población estudiada de 81 pacientes en comparación con este estudio de 186 participantes. Asimismo, Alba L. et al.¹⁹ identificaron la importancia de una red de apoyo familiar para lograr el control metabólico integral de la enfermedad con mejora de la calidad de vida. En realidad, estos datos no son sorprendentes teniendo en cuenta el entorno en México, donde los lazos y valores familiares todavía se tienen en gran estima. Los diabéticos con un alto nivel de AFP suelen tener una mejor disponibilidad y adherencia a la medicación y una mejor aceptación y actitud hacia la DM2.²⁰⁻²² Estos datos se encuentran en consonancia con la investigación de García Morales G. et al.²³ quienes encontraron que hay asociación positiva entre el AFP bajo-medio en los pacientes con DM2 y con descontrol metabólico, demostrando así que la familia tiene un rol importante en el manejo que el médico tratante da al paciente.²⁴ Una buena gestión del control de la DM2 debe tener como objetivo mantener la glucemia lo más cerca posible de lo normal para ayudar a retrasar la progresión de las complicaciones a largo plazo. Un programa de educación continua que haga hincapié en el cumplimiento de los regímenes de tratamiento, especialmente la dieta, el ejercicio y el seguimiento periódico, es más beneficioso para el control glicémico que el cumplimiento de la medicación por sí sola. El apoyo familiar y social es esencial en el tratamiento integral y a largo plazo de la DM2.²⁵

Conclusiones

Este estudio demostró que las complicaciones de la DM2 son un factor de riesgo para el descontrol glucémico y que los pacientes con un AFP medio y alto están asociados a un buen control glucémico. Así se confirma lo crucial del apoyo familiar en el control glucémico del paciente en el primer nivel de atención para favorecer permanencia al tratamiento y tener un estilo de vida saludable que ayude a prevenir: *complicaciones a corto y largo plazo, disminuir la saturación de los servicios en segundo y tercer nivel de atención médica* que se traduce en una mejor distribución de

recursos humanos y económicos. Se deben encontrar estrategias innovadoras para ayudar a los pacientes a superar las barreras físicas, culturales y psicológicas que dificultan la adherencia a los regímenes terapéuticos. Con respecto a las limitaciones de este estudio, se reconoce que -al tratarse de una muestra no probabilística- no se pueden generalizar los resultados a la población con DM2.

Referencias

- Escobedo J, Buitrón LV, Velasco MF, et al. High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. *Diabet Med.* 2009;26(9):864-871. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02795.x
- Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. *Salud Publica Mex.* 2010;52 Suppl 1:S19-S26. doi:10.1590/s0036-36342010000700005
- American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes-2018.* *Diabetes Care.* 2018;41(Suppl 1):S13-S27. doi:10.2337/dc18-S002
- Levy TS, Rivera-Dommarco J, Bertozzi S. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: análisis de sus principales resultados. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):614-617.
- Stopford R, Winkley K, Ismail K. Social support and glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review of observational studies. *Patient Educ Couns.* 2013;93(3):549-558. doi:10.1016/j.pec.2013.08.016
- González CP. El Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa.* 2011;3(2): 102-107.
- Guía de Práctica Clínica. 2013. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de Prediabetes y Diabetes Mellitus tipo 2 en Adultos en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud.
- Guía de Práctica Clínica. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. 2014. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Valadez Figueroa I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud [Internet].* 2003;V(3):0. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250305>
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM, Genuth S, et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1993;329(14):977-986. doi:10.1056/NEJM199309303291401.
- Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group [published correction appears in *Lancet* 1998 Nov 7;352(9139):1558]. *Lancet.* 1998;352(9131):854-865.
- Coker AO, Fasanmade AO. Quality of care for patients with type 2 diabetes in Lagos University Teaching Hospital. *Nig Qt J Hosp Med.* 2006; 16: 6-9
- López RC, Ávalos GI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2013; 39(2): 331-345.
- Marisol L, Rivera L. Tesis Relación de Apoyo Familiar y Control Glucémico en Familias con Diabetes Tipo 2 [Tesis]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.2016 [citado 2 de junio del 2022]. Disponible en: https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/1_768/593016T.pdf?sequence=1
- Gomes-Villas BL, Foss MC, Freitas MC, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Rev. Latino-Am.* 2012; 20(1):52-58.
- Hernández-Nava JA, Rodríguez-Bustos B, Sierra-Torres A. 2014. El paciente diabético y su entorno familiar y social. *Sx Cardiometabólico Diabetes.* México. Vol. 1: 38-42
- Méndez-López D, Gómez-López V, García-Ruiz M, Pérez-López J, Navarrete- Escobar H. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-4.
- Ávila-Jiménez L, Cerón O D, Ramos-Hernández RI, Velázquez L L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2 [Association of family support and knowledge about the disease with glycemic control in diabetic patients]. *Rev Med Chil.* 2013;141(2):173-180. doi:10.4067/S0034-98872013000200005
- Alba L, Bastidas C, Vivas J, Gil F. Prevalence of glycemic control and associated factors in type 2 diabetes mellitus patients at the Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá-Colombia. *Gac Med Mex* 2009; 145 (6): 469-74.
- Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López, JL, Islas-Vega I, Pelcastre-Neri A, Garnica-Guerrero B, Ruvalcaba-Ledezma JC. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hospital a Domicilio,* 2020;4(4),199-207. doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118
- Grober E, Hall CB, Hahn SR, Lipton RB. Memory Impairment and Executive Dysfunction are Associated with Inadequately Controlled Diabetes in Older Adults. *J Prim Care Community Health.* 2011;2(4):229-233. doi:10.1177/2150131911409945
- Crimmins EM, Kim JK, Langa KM, Weir DR. Assessment of cognition using surveys and neuropsychological assessment: the Health and Retirement Study and the Aging, Demographics, and Memory Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66 Suppl 1(Suppl 1):i162-i171. doi:10.1093/geronb/gbro48
- García-Morales G, Rodríguez-Pascual A, Garibo-Polanco RE. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Aten Fam.* 2018; 25(1):27-31.
- Bethari D, Gayatri D. Family Support and Dietary Adherence in Diabetes Mellitus Type 2 Patients in a Public Health Center (Puskesmas) Depok. *UI Proc Health Med.* 2017; 3(1): p. 13 - 16.
- Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behav Sci (Basel).* 2017;7(3):62. Published 2017 Sep 15. doi:10.3390/bs7030062

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali, Baja California. México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. ***Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, OOAD Regional Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **** Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud, OOAD Regional Baja California, IMSS. *****Médico Familiar adscrita a UMF Número 26 del IMSS. *****Docente en el Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali, Baja California.

Autor de Correspondencia: Dra. María Elena Haro Acosta.
Correo electrónico: eharo@uabc.edu.mx

Recepción: 06-04-2024

Aceptación: 09-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Responsabilidades éticas

Este trabajo fue aprobado por el Comité Local de investigación. Los pacientes firmaron el consentimiento informado con previo conocimiento de la investigación.

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México

Clinical-Epidemiological Characteristics of Gestational Syphilis in a Population from Baja California, Mexico

Características clínico-epidemiológicas da sífilis gestacional em uma população da Baixa Califórnia, México

Yodeli Yareth Espinosa López, * Madtie de León Aldaba,* María Elena Haro Acosta,** Javier Carmona Mota,*** Carmen Gorety Soria Rodríguez,**** Diana Leticia Cervantes Ramírez,***** Rafael Iván Ayala Figueroa.*****

DOI: 10.62514/amf.v26i4.69

Resumen

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México. **Métodos:** Estudio retrospectivo de una base de datos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional adscritas al Órgano de Operación Adscrita Desconcentrada de Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 2019-2022. Se seleccionaron 128 expedientes de embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional mediante un muestreo no probabilístico tipo censal, de los cuales se excluyeron 33 expedientes por información incompleta. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. **Resultados:** Se integró una muestra de 95 pacientes con diagnóstico de sífilis gestacional. Predominaron: escolaridad secundaria (57.9%), estado civil solteras (67.4%). Al 63.2% de las pacientes se les detectó la enfermedad durante el primer trimestre de embarazo; el tratamiento recibido fue con penicilina. **Conclusiones:** La detección y el tratamiento de la sífilis en las primeras etapas del embarazo se asocian con una menor incidencia de sífilis congénita, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal.

Palabras clave: Sífilis congénita, Complicaciones del embarazo, Mujeres embarazadas.

Abstract

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics of gestational syphilis in a population from Baja California, Mexico. **Methods:** Retrospective study of a database of pregnant women with a diagnosis of gestational syphilis assigned to the *Deconcentrated Attached Operation Body of Baja California of the Mexican Social Security Institute* in the period 2019-2022. 128 records of pregnant women with a diagnosis of gestational syphilis were selected through census-type non-probabilistic sampling, of which 33 records were excluded due to incomplete information. The variables studied were: *sociodemographic, clinical and treatment*. **Results:** A sample

of 95 patients with a diagnosis of gestational syphilis was integrated. The following predominated: secondary education (57.9%), single marital status (67.4%). The disease was detected in 63.2% of the patients during the first trimester of pregnancy; the treatment received was with penicillin. **Conclusions:** Detection and treatment of syphilis in early pregnancy is associated with a *lower incidence of congenital syphilis, preterm birth, low birth weight, stillbirth, and neonatal death*.

Keywords: Syphilis Congenital, Pregnancy Complications, Pregnant Women

Resumo

Objetivo: Determinar as características clínico-epidemiológicas da sífilis gestacional em uma população da Baixa Califórnia, México. **Métodos:** Estudo retrospectivo de um banco de dados de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional lotadas no Corpo de Operação Anexo Desconcentrado da Baixa Califórnia do Instituto Mexicano de Seguridade Social no período 2019-2022. Foram selecionados 128 prontuários de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional por meio de amostragem não probabilística do tipo censitária, dos quais 33 prontuários foram excluídos por informações incompletas. As variáveis estudadas foram: sociodemográficas, clínicas e de tratamento. **Resultados:** Foi integrada uma amostra de 95 pacientes com diagnóstico de sífilis gestacional. Predominaram: ensino médio (57,9%), estado civil solteiro (67,4%). A doença foi detectada em 63,2% das pacientes durante o primeiro trimestre de gestação; O tratamento recebido foi com penicilina. **Conclusões:** A detecção e o tratamento da sífilis no início da gravidez estão associados a uma menor incidência de sífilis congénita, parto prematuro, baixo peso ao nascer, natimorto e morte neonatal.

Palavras-chave: Sífilis Congénita, Complicações na Gravidez, Gestantes

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que aproximadamente 374 millones de personas contraen alguna de estas cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS) que son prevenibles: *clamidiosis*, *gonorrea*, *sífilis* y *trichomoniasis*. Las ITS “tienen un efecto directo en la salud sexual y reproductiva por la estigmatización, la infecundidad, los cánceres y las complicaciones del embarazo y pueden aumentar el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)”¹

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica prevenible causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que de no ser tratada a tiempo puede desarrollar un estado crónico con consecuencias irreversibles. Se transmite por vía sexual (adquirida) y materno-fetal (congénita); la primera se subdivide en: reciente cuando tiene evolución menor de un año (primaria, secundaria y latente reciente) y en tardía mayor de un año de evolución (latente tardía y terciaria). La sífilis congénita se clasifica en reciente (evolución hasta el segundo año de vida) y tardía, después del segundo año.^{2,3} Se transmite por vía sexual por el contacto con úlceras presentes en los genitales, boca, ano o recto y vertical de la madre al feto, y es poco probable que se transmita por transfusión sanguínea.³ La sífilis primaria se caracteriza por la lesión del chancro en el lugar de la inoculación, cura de dos a ocho semanas,⁴ aproximadamente el 25% de los pacientes que no se tratan pasan a sífilis secundaria que ocurre a las cuatro a seis semanas después; se disemina por vía hemática, las manifestaciones clínicas son maculopapulas en palmas y plantas de los pies aparecen (60-80% de los casos), fiebre, malestar general, neuritis, condilomas planos en zona oral o genital, entre otras.⁵ Después sigue el periodo de latencia (asintomático, el diagnóstico es por pruebas serológicas).

La sífilis terciaria o tardía se presenta en la tercera parte de los pacientes no tratados y puede ocurrir después de cualquiera de las fases previas con afectación al sistema nervioso central, cardiovascular y otros órganos.^{6,7} La sífilis materna se diagnostica durante la gestación, en el puerperio inmediato o el postaborto y puede encontrarse en cualquiera de sus estadios; aunque es más frecuente en la fase secundaria. La infección fetal ocurre generalmente entre la semana 16-28 de gestación, con una tasa de transmisión vertical del 70% al 100%.⁸ La OMS ha reportado un aumento preocupante con relación a los casos de sífilis y de otras ITS a nivel mundial.⁹ En México también se han incrementado el número de casos, en el año 2017 se reportaron 4 703 casos y para la primera mitad del 2018 se habían acumulado 5 814 casos, con mayor incidencia en las grandes ciudades del país en población joven.^{10,11}

En Baja California, México, la incidencia de sífilis adquirida por grupos de edad en el año 2022 fue de 43.97 por cien mil habitantes mayores de un año, siendo la incidencia global nacional de 12.31 por cien mil habitantes;¹² y la incidencia de sífilis congénita fue de 252.22 por cien mil habitantes menores de un año de edad siendo 5.23 veces mayor a la incidencia nacional de 48.23 por cien mil habitantes.¹³ Se estima que el tratamiento óptimo y oportuno de la sífilis gestacional reduce el riesgo de presentación de sífilis congénita en un 97%, de muerte fetal 82%, parto prematuro 64% y mortalidad neonatal en un 80%. El tratamiento recomendado es con penicilina G benzatínica para la sífilis temprana, en dosis intramuscular única de 2.4 millones de unidades.¹⁴

El estudio de revisión del 2023 realizado en México por Montes Hernández KI. et al.¹⁵ mencionan que se ha observado un incremento significativo de casos de sífilis, no obstante tener disponibilidad del tratamiento, por lo que se deben identificar las fallas en la atención de las embarazadas en el control prenatal y así evitar las complicaciones asociadas a la sífilis. El objetivo de este estudio fue determinar las características clínico-epidemiológicas de la sífilis gestacional en una población de Baja California, México.

Métodos

Estudio retrospectivo de la base de datos de mujeres embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional adscritas al Órgano de Operación Adscrita Desconcentrada (OOAD) de Baja California del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante el periodo 2019-2022 y del expediente electrónico de dichas pacientes. La OOAD de Baja California incluye 32 unidades de medicina familiar y ocho hospitales. Se seleccionaron 128 expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de sífilis gestacional mediante un muestreo no probabilístico tipo censal, de los cuales se excluyeron 33 expedientes por información incompleta. Las variables estudiadas fueron: *las características sociodemográficas, clínicas, resultados de laboratorio, tratamiento empleado, trimestre de embarazo, actividades sexuales de riesgo y uso de drogas ilícitas durante la gestación*. El estudio se realizó en apego a la Declaración de Helsinki de 1964 y enmiendas posteriores y autorización del Comité de Investigación del IMSS (registro: R-2022-204-130). Se efectuó un análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS v24.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 95 expedientes de mujeres con diagnóstico de sífilis gestacional. Dentro de las características demográficas se encontró un promedio de edad de 25.51 ± 5.494 años. El 57.9% cursaron con educación secundaria seguido

del 28.4% de la preparatoria. En cuanto a la ocupación el 79% fueron asalariadas, seguido del 16.8% de amas de casa. La frecuencia de concubinato fue del 67.4% seguido de soltera del 24.2%. El 93.7% residían en zona urbana. Tabla I.

Tabla I. Características sociodemográficas de las pacientes con sífilis gestacional

Variable	n=95	Porcentaje
Edad	25.51 ± 5.494 años*	
Escolaridad		
Primaria	9	9.5
Secundaria	55	57.9
Preparatoria	27	28.4
Profesional	4	4.2
Ocupación		
Asalariada	75	79.0
Ama de casa	16	16.8
Desempleada	4	4.2
Estado Civil		
Soltera	23	24.2
Casada	8	8.4
Concubinato	64	67.4
Residencia		
Zona urbana	89	93.7
Zona suburbana	6	6.3

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD. Media y desviación estándar

El 1.1% de las pacientes presentó leucorrea como síntoma y el 98.9% de los casos de sífilis gestacional fueron asintomáticos, diagnosticados mediante VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). En el primer trimestre de gestación se diagnosticaron a 46 pacientes (48.4%); en el segundo trimestre 35 pacientes (36.8%) y en el tercer trimestre 14 pacientes (14.8). El tratamiento otorgado fue a base de penicilina G benzatínica, al 52.6% de los casos se les prescribió una dosis, al 30.5% dos dosis y al 16.8% tres dosis. Tabla II. Se observó un promedio de 2.47 de parejas sexuales. El 6.3% de las pacientes tenían antecedente de toxicomanías y el 42.1% consumía alcohol. Tabla III.

Tabla II. Tratamiento para la sífilis gestacional

Tratamiento	Frecuencia n=95	Porcentaje
Una dosis de penicilina G Benzatínica	50	52.7
Dos dosis de penicilina G Benzatínica	29	30.5
Tres dosis de penicilina G Benzatínica	16	16.8

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD.

Tabla III. Uso de drogas o alcohol durante el embarazo

Variable	Frecuencia n=95	Porcentaje
Toxicomanías		
Sí	6	6.3
No	89	93.7
Alcohol		
Sí	40	42.1
No	55	57.9

Fuente: Expedientes electrónicos y base de datos de pacientes diagnosticados en la OOAD.

Discusión

Se observó un aumento de casos de sífilis gestacional en la región de Baja California y en otras regiones fronterizas de México como son Tijuana y Ciudad Juárez -según lo reportado por Secretaría de Salud- en la semana epidemiológica 11 del año 2023¹¹ además de que la incidencia supera la tasa nacional.^{12,13} La población diagnosticada fueron en su mayoría jóvenes, con escolaridad de secundaria, en concubinato, asalariadas y con residencia en zona urbana.

Entre los factores de riesgo mencionados en la literatura se encuentra la promiscuidad definida como la "práctica de relaciones sexuales poco estables".¹⁶ En el presente estudio, el promedio de parejas sexuales fue de 2.4 desde el inicio de la vida sexual hasta el momento en que se realizó la historia clínica, la edad de 25 años y concubinato. El cambio constante de pareja es un factor de riesgo para contraer ITS y el VIH-SIDA.¹⁷ Otros factores de riesgo para la sífilis gestacional son el consumo de drogas y/o alcoholismo; en el presente estudio se observaron en el 6.3% y 42.1% de los casos respectivamente. Comparado con el estudio de Erazo Medina LL. et al.¹⁸ en su estudio de casos y controles, el 11.1% de las pacientes consumían drogas y el 14.3% alcohol; en ambos estudios estuvieron presentes estos factores de riesgo. Se ha descrito la baja escolaridad como factor predisponente para presentar alguna ITS o sífilis gestacional.¹⁸ En este estudio, el nivel de escolaridad fue bajo; esto concuerda con el estudio del perfil epidemiológico realizado en Brasil en el período de 2012-2017 en que se observaron 452 casos de sífilis gestacional y el 89.1% tuvo nivel educativo bajo (primaria incompleta).⁸

Los resultados de este estudio mostraron que el 51.5% de las pacientes fueron diagnosticadas con sífilis gestacional durante el segundo y tercer trimestre, etapas en donde ocurre generalmente la infección fetal. Se estima que el tratamiento adecuado durante la sífilis gestacional reduce el riesgo de presentar sífilis congénita en un 97%.¹⁴ En el presente estudio

se observó el uso de penicilina G benzatínica en una dosis de 2.4 millones de unidades en el 52.6% de los casos, sin embargo, la OMS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan tratar a las gestantes que cursan con sífilis gestacional de evolución desconocida con tres dosis intramusculares de penicilina G benzatínica con intervalos de una semana entre cada dosis, para evitar fallas en el tratamiento y para evitar resultados adversos para la madre y el producto.^{19,20} El que solo se haya dado una dosis de penicilina, quizá podría considerarse como falla en el apego al tratamiento de la paciente y su pareja o falta de actualización en la Guía de Práctica Clínica Mexicana.²¹

Es conveniente puntualizar que en el campo de la medicina familiar todas las mujeres embarazadas deben someterse a pruebas de detección de sífilis en la primera visita prenatal o en la primera visita a la Unidad de Medicina Familiar. La detección y el tratamiento de la sífilis en las primeras etapas del embarazo se asocian con una menor incidencia de sífilis congénita: *parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal*. Se recomienda repetir la detección al comienzo del tercer trimestre, entre las semanas 28 y 32 de gestación, y nuevamente en el momento del parto, en mujeres con alto riesgo de sífilis o que viven en áreas con alta prevalencia de sífilis, como pudieran ser las zonas fronterizas de México con los Estados Unidos de América.^{22,23} Una de las limitantes del estudio fue el haber recabado la información en expedientes electrónicos y de que algunos estuvieron incompletos. Sin embargo, esta información puede dar pauta para siguientes investigaciones sobre esta enfermedad y la eficacia del tratamiento en comparación con las recomendaciones actuales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. 10 de julio de 2023. [acceso 13/04/2024]. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(s-tis\)#:~:text=de%20transmisión%20sexual,%20de%20julio%20de%202023](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(s-tis)#:~:text=de%20transmisión%20sexual,%20de%20julio%20de%202023)
2. Apoíta Sanz M, González Navarro B, Jané-Salas E, Marí Roig A, Estrugo Devesa A, López-López J. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. Av Odontoes-tomatol 2020 [acceso 14/04/2024];36(3):159-173. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000300005>.
3. Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. Birth Defects Res 2017;109(5):347-352. DOI: 10.1002/bdra.23562
4. Little JW. Syphilis: an update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;100(1):3-9. DOI: 10.1016/j.tripleo.2005.03.006
5. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. Head Neck Pathol 2009;3(3):195-206. doi: 10.1007/s12105-009-0127-0.
6. Birley H, Duerden BI, Hart CA. Sexually transmitted diseases: microbiology and management. J Med Microbiol 2002;51(10):793-807. DOI: 10.1099/0022-1317-51-10-793.
7. Stoner BP. Current controversies in the management of adult syphilis. Clin Infect Dis 2007;44 (Suppl 3): S130-146. DOI: 10.1086/511426.
8. Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. Enferm Glob 2020; 19(57):107-150. <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.358351>
9. Organización Mundial de la Salud. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable. 6 de junio de 2019. [acceso 13/04/2024]. <https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
10. Secretaría de Salud. Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [acceso 15/04/2024]. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/nacional/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad.pdf
11. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Semana 11. Del 12-18 marzo 2023. [acceso 17/04/2024]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/811946/sem11.pdf>
12. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuario 2022. [acceso 15/04/2024]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2022/incidencia/enfermedad_grupo_edad_entidad_federativa/025.pdf
13. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Anuario 2022. [acceso 15/04/2024]. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2022/incidencia/enfermedad_grupo_edad_entidad_federativa/092.pdf

15. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S9. DOI: 10.1186/1471-2458-11-S3-S9.
16. Montes Hernández KI, Rangel Almendarez FJ, Lopez Cejudo MA, Arroyo Pacheco AJ, Patrón Bosque AL. Sífilis congénita: Diagnóstico, tratamiento y prevención oportuna, en México. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 2023; 7(2):3306-3327. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5575
17. Almenares Isaac AM, Muguercia Fornaris A, Banegas Cardero A. Factores de riesgo y consecuencias de la promiscuidad en los adolescentes. *UNIMED* 2020; 2(3): 384-397. RNPS: 2484.
18. Pimiento D, Contreras M, Romero-Veloz L. Vista de La promiscuidad en los adolescentes en una institución de educación católica. *Salud y Bienestar Colectivo* 2020;4(1): 84-94. <https://revistasaludybienestarclectivo.com/index.php/resbic/article/view/75/55>
19. Erazo-Medina LL, García-Cajaleón JD, Sotelo-Muñoz SA, Rivera-Beltrán SE, Reyes-Ortiz SC, Campos-Correa KE. Sífilis gestacional: análisis de factores de riesgo en un centro materno infantil de Lima, Perú (2015-2020). *Ginecol. Obstet Méx* 2022;90(11):901-909. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8154>.
20. WHO Guideline on Syphilis Screening and Treatment for Pregnant Women. Geneva: World Health Organization; 2017. 04, Recommendations on syphilis screening and treatment for pregnant women. [acceso 14/04/2024]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499743/>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections (STI) treatment guidelines. 23 julio 2021. [acceso 18/04/2024]. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
22. Enfermedades de Transmisión Sexual en el Adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogramuloma venéreo y Granuloma inguinal, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/094GER.pdf>
23. Adhikari E. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2020 May;135(5):1121-1135. doi: 10.1097/AOG.0000000000003788. PMID: 32282589.
24. Adhikari E. Syphilis in pregnancy. *Contemporary OB/GYN. NET* 2021;66(1):22-27. https://cdn.sanity.io/files/ovv8mocc6/contobgyn/55ebf1026661fc6b947a109ec-138fdf3ff6c0ee03.pdf/OBGYN0121_ezine.pdf

*Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Autor de correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega. **Correo electrónico:** miguelafog@live.com

Recepción: 07-05-2024

Aceptación: 30-05-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Errores médicos durante la residencia: el desafío de asegurar un ambiente adecuado para la formación de médicos en el posgrado

Medical Errors During Residency: the Challenge of Ensuring an Appropriate Environment for Postgraduate Medical Training

Erros médicos durante a residência: o desafio de garantir um ambiente adequado para a formação médica na pós-graduação

Alejandra Chávez Ciriaco,* Andrea Fernanda Aguirre Vázquez,* Miguel Ángel Fernández Ortega.*

DOI: 10.62514/amf.v26i4.70

Resumen

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2021, una de cada diez personas que recibieron atención en salud sufrieron daños por errores médicos y más de tres millones fallecieron por la misma causa en todo el mundo. La mitad de estos daños ocurrieron principalmente en la atención primaria y el 80% pudieron ser prevenibles. En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, reportó que en 2023 las especialidades con mayor número de quejas por incidentes médicos fueron: *urgencias, ortopedia, odontología y cirugía general*. A través del trabajo formativo que realizan los médicos residentes, bajo la supervisión de colegas docentes con mayor experiencia, los residentes están expuestos a: *largas jornadas de trabajo, estrés, cansancio y responsabilidades crecientes, lo que puede desencadenar menor rendimiento académico, síndrome de burnout, depresión u otras patologías*, además de incrementar la probabilidad de cometer errores en la práctica clínica.

Palabras clave: Errores Médicos, Rendimiento Académico, Atención Primaria de Salud.

Abstract

According to data from the World Health Organization in 2021, one in ten people who received health care suffered damage from medical errors and more than three million died from the same cause around the world. Half of these damages occurred mainly in primary care and 80% could have been preventable. In Mexico, the National Medical Arbitration Commission reported that in 2023 the specialties with the highest number of complaints due to medical incidents were: *emergencies, orthopedics, dentistry and general surgery*. Through the training work carried out by resident doctors, under the supervision of more experienced teaching colleagues, residents are exposed to: *long work hours, stress, fatigue and increasing responsibilities, which can trigger lower academic performance, burnout syndrome, depression or*

other pathologies, in addition to increasing the probability of making errors in clinical practice.

Key words: Medical Errors, Academic Performance, Primary Health Care

Resumo

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde no ano de 2021, uma de cada dez pessoas que receberam atenção na saúde sofreram danos por erros médicos e mais de três milhões caíram pela mesma causa em todo o mundo. A metade desses danos ocorreu principalmente na atenção primária e 80% poderia ser prevenível. No México, a Comissão Nacional de Arbitragem Médica informou que em 2023 as especialidades com maior número de consultas por incidentes médicos foram: *urgências, ortopedia, odontologia e cirurgia geral*. Através do trabalho de formação realizado por médicos residentes, sob supervisão de colegas docentes mais experientes, os residentes ficam expostos a: *longas jornadas de trabalho, stress, fadiga e responsabilidades crescentes, que podem desencadear menor desempenho acadêmico, síndrome de burnout, depressão ou outras patologias*, além de aumentar a probabilidade de cometer erros na prática clínica.

Palavras-chave: Erros Médicos, Desempenho Académico, Atenção Primária à Saúde

Introducción

La *residencia médica* es la formación de especialistas en un área específica de la medicina y se realiza bajo la asesoría y supervisión de colegas con mayor experiencia en la especialidad que se cursa.¹ Este proceso de preparación se rige según las normas y regulaciones específicas de cada institución educativa y de salud, con base en las exigencias propias de cada entidad o país, siempre atendiendo a los principios bioéticos de: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, lo que prioriza la atención segura y de calidad de los pacientes, sin embargo, la práctica de

los médicos residentes no está exenta de errores o descuidos que pueden poner en riesgo la vida o funcionalidad de los pacientes.²⁻⁴

La medicina no es una ciencia exacta y la biología humana no permite un resultado preciso, lo que expone a los médicos a cometer errores u obtener resultados inesperados.⁵⁻⁷ La palabra error proviene del latín *errare* que significa vagar, andar sin rumbo, fallar, equivocarse. La Real Academia Española define error como acción desafortunada o equivocada.⁸ En el glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente, el error se describe como “La no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto”; mientras que, al

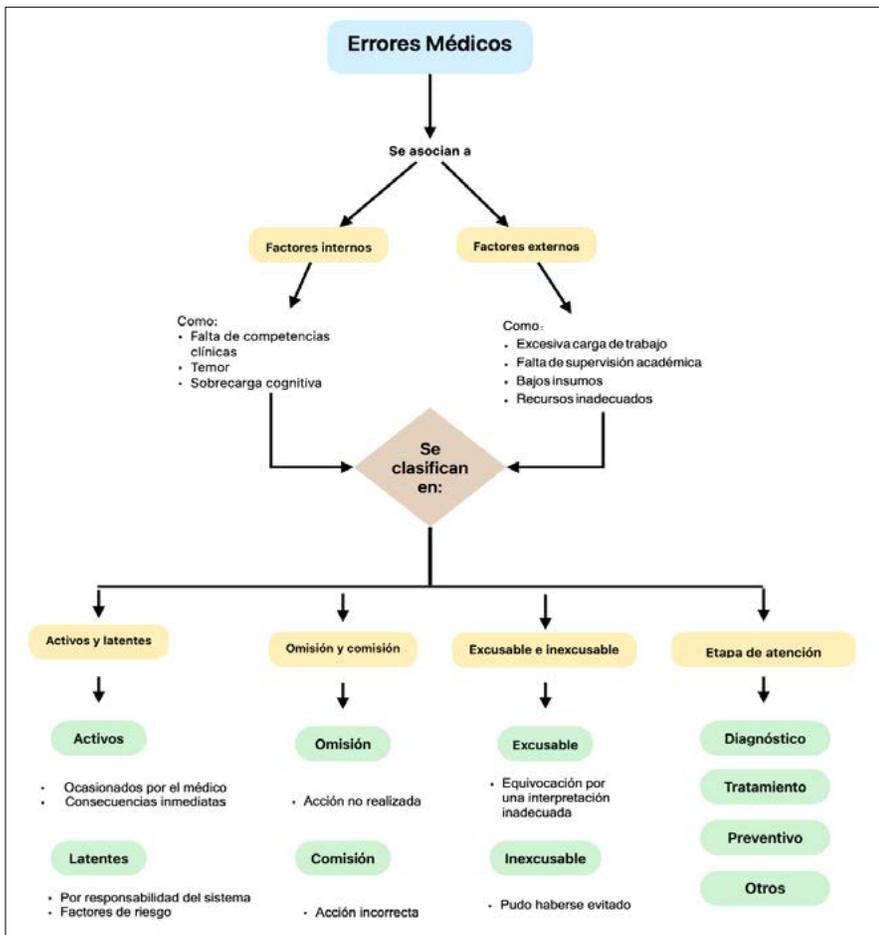
error médico lo definen como “Una conducta clínica equivocada en la práctica médica o por cualquier profesional de la salud como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.”⁹ Es debido a estos conceptos que la palabra error se considera un término negativo e incriminatorio hacia los médicos, que genera sentimientos de culpa, enojo e impotencia a los mismos, por lo que, algunos autores proponen usar la palabra *incidente*, definiéndolo como “causa o evento adverso”.¹⁰

Antecedentes

Los errores médicos están asociados a factores internos de los profesionales de la salud, como la falta de competencias clínicas, sobrecarga cognitiva, temor, cansancio, apatía o afectaciones en el estado de salud; así como a factores externos, por ejemplo, la excesiva carga de trabajo, falta de supervisión académica (en el caso de los residentes), instalaciones e insumos inadecuados o insuficientes.^{10,11} Los errores médicos suelen dividirse en activos y latentes, los primeros son ocasionados por el médico y las consecuencias son inmediatas; mientras que los latentes son responsabilidad del sistema, organización o lugar de trabajo, no obstante, algunos factores de riesgo pueden predisponer a que estos ocurran y es cuestión de tiempo para que sucedan.¹⁰⁻¹³

Asimismo, los errores derivan de una gran cantidad de variables, por lo que pueden valorarse desde el apego a lo que se debería hacer (perspectiva deontológica) o de las consecuencias (perspectiva teleológica).¹² Existen múltiples clasificaciones, por ejemplo, según la CONAMED, los divide en error de omisión que corresponde al resultado de una acción no realizada y el error de comisión se refiere a la consecuencia de tomar una acción incorrecta. Leape, los clasifica de acuerdo con la etapa de atención al paciente y a la especialidad médica, conformado por: diagnóstico (errores o retraso), tratamiento (error en la realización de una cirugía o procedimiento), preventivos (falla para otorgar tratamiento profiláctico) y otros como la falla de comunicación y equipos en formación e instalaciones inadecuadas.¹⁰ Asimismo, Athié-Gutiérrez C.⁶ clasifica a los incidentes vinculados a la atención de la salud en los rubros de: *gestión, comunicación, diagnóstico, procedimiento, medicación, cuidados e infecciones asociadas a la atención de la salud*. Figura I.

Figura I. Algunas clasificaciones de errores médicos



Modificado de: Mendoza-González MF, Vázquez-Martínez FD, Mota-Morales ML, Ortiz-Chacha CS, Delgado-Dominguez C, Cortés-Jiménez H, Ramírez-González IM, Luzanía-Valerio MS. Error médico autopercebido: análisis del enfoque de salud basado en los derechos humanos en México. Rev Investigación educ médica. 2023;46(12). Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/1071/1409>. y Lifshitz A. Los errores médicos. Seminario El ejercicio actual de la medicina. 2005. [Citado 20 Abr 2024] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm. y Rodziejewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. StatPearls [Internet] 2023 .Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.¹¹⁻¹³

Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud,¹⁶ considerándose un derecho fundamental, por lo que ante los ordenamientos jurídicos que es reconocido hay responsabilidad tras su transgresión.

Ante las variables que pueden llevar a una mala práctica en el ejercicio de la medicina, es imprescindible explicar el compromiso profesional que deriva de la residencia. El concepto de responsabilidad médica se define como “[...] la obligación que tienen los profesionales de la salud de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su labor.¹⁷ Esto es importante porque no solo tiene una implicación ética, sino que tiene relevancia jurídica debido a que ante el servicio brindado por un profesionista se derivan derechos y obligaciones bajo un marco legal, acarreado una responsabilidad que puede ser penal, civil y administrativa, cada una con diferentes implicaciones desde estar sujeto a la privación de su libertad, pago de una remuneración económica en favor del paciente e incluso la suspensión o inhabilitación de su profesión.¹⁷

De acuerdo con la Ley General de Salud y el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas de la CONAMED, la responsabilidad no solo se atribuye a los médicos, sino también a las instituciones de salud.¹⁸ Al incurrir en descuidos y equivocaciones, la responsabilidad pudo ser consecuencia de actuar con *imprudencia* (actuar precipitado o temerario), *negligencia* (omisión o descuido injustificado en la actuación del médico), *impericia* (ignorancia o falta parcial de conocimientos) e *inobservancia* (incumplimiento de reglamentos de instituciones o servicios).^{17,19} La CONAMED señala que el error médico es inexcusable cuando pudo evitarse y fue resultado de un descuido o falta de pericia, o bien, es excusable, si la transgresión es derivada de una equivocación de juicio donde la lógica de pensamiento está correctamente estructurada, pero parte de una interpretación inadecuada.²⁰ Bajo esta premisa, la culpa médica propicia la responsabilidad, sin embargo, en ocasiones el error no es atribuible al médico, sino a otros factores que pudieron intervenir y que es importante esclarecer.^{17,21} Atendiendo a que se busca preservar la integridad del paciente en la práctica médica, la OMS creó el concepto de *seguridad del paciente* en el año 2004.²² La seguridad del paciente se define como “Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen”.²³ El objetivo de practicar la

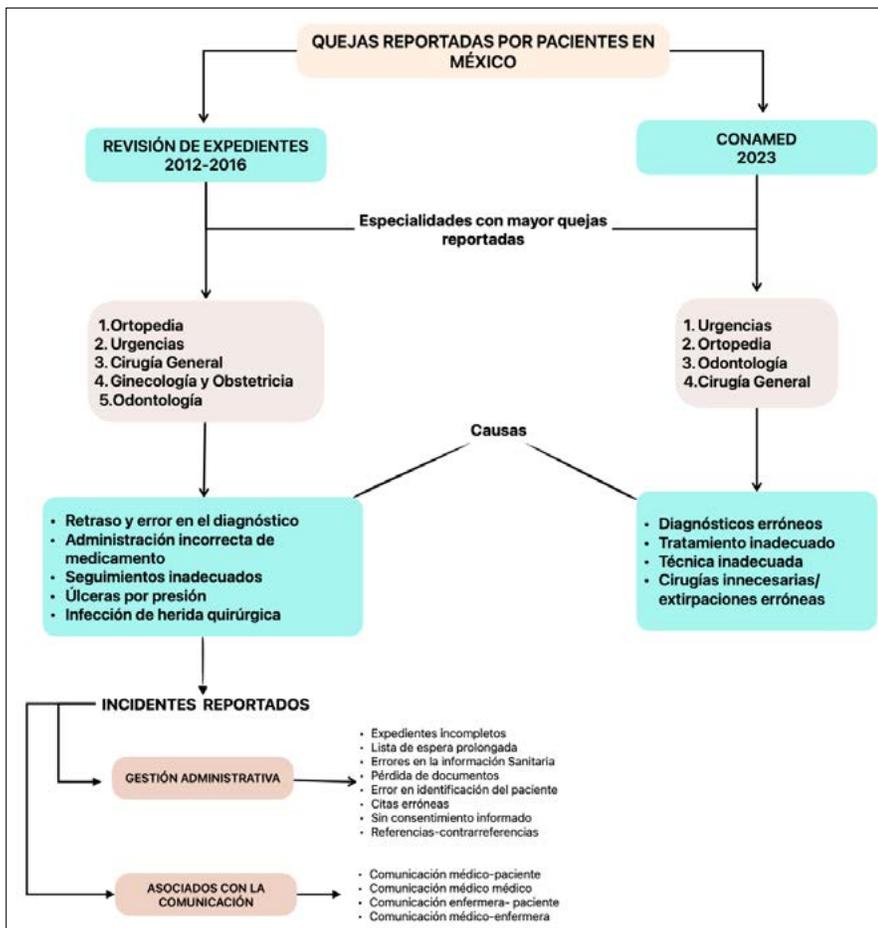
seguridad del paciente es prevenir los daños o consecuencias a los pacientes provocados por una atención de salud poco segura.

La magnitud del problema

Según la OMS, cada año se producían 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, provocando 2.6 millones de fallecimientos en países de ingresos bajos y medios.²⁴ Para 2021, una de cada diez personas que recibió atención médica sufrió daños por errores médicos y cuatro de cada 100 personas fallecieron por el mismo motivo.²⁵ De acuerdo con la OMS, estos daños ocurrieron principalmente en la atención primaria y el 80% pudo ser prevenible.

En México, la CONAMED recibe las quejas de pacientes por especialidad médica, en 2023 las especialidades con mayor número fueron: *urgencias, ortopedia, odontología y cirugía general*. Los problemas más frecuentes reportados fueron: *por diagnósticos erróneos, tratamiento y técnicas inadecuadas, administración de medicamentos que no corresponden, cirugías innecesarias y extirpaciones erróneas*.²⁶ Por otro lado, en una revisión realizada entre 2012 y 2016, se encontraron 362 quejas, la mayoría proveniente del sector privado y en menor cantidad del sector público, los servicios reportados con mayor frecuencia durante esos años fueron; *traumatología y ortopedia, urgencias, cirugía general, ginecología y obstetricia, odontología y en menor número neurocirugía, medicina interna, gastroenterología, psiquiatría, urología, laboratorio, pediatría, cirugía plástica y reconstructiva, oftalmología, consulta externa y otorrinolaringología*.⁶ De los incidentes asociados con la gestión administrativa, la causa más común fue por expedientes incompletos, seguida de lista de espera prolongada, errores en la información, pérdida de documentos, errores en la identificación del paciente, citas erróneas, falta de consentimientos informados, referencias-contrarreferencias, entre otros. Referente a los incidentes asociados con la comunicación, el más frecuente fue por deficiencias en la comunicación médico-paciente, enfermera-paciente, médico-enfermera y menos frecuente la barrera idiomática. Dentro de los incidentes asociados con el diagnóstico los más frecuentes fueron; retraso y error en el diagnóstico, preparación inadecuada y/o administración incorrecta del medicamento. Algunos incidentes relacionados con los cuidados del paciente fueron el seguimiento inapropiado, egresos precipitados, úlceras por presión y la infección de herida quirúrgica, que fue el incidente más común asociado a infecciones intrahospitalarias.^{6,13} De los daños más graves 144 casos correspondieron a daños permanentes, 96 daño temporal y 37 muertes, siendo las mujeres el sexo más afectado.⁶ Figura II.

Figura II. Quejas reportadas por pacientes en México.



Fuente: Athié-Gutiérrez C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. Cir Cir. 2021;88(2). Disponible en: <http://doi.org/10.24875/ciru.18000625>. Rodziejwicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. StatPearls [Internet] 2023 .Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Quejas concluidas según especialidad médica y sector de atención. Información estadística Secretaría de Salud. 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/880711/Cuadro_Estadistico_9_4oTrim_2023.pdf. 6,13,26

Errores médicos durante la residencia

Según los estudios realizados por Mendoza-González en el Estado de Veracruz, México, en una muestra de 764 médicos residentes, la tasa auto percibida de errores médicos fue superior al 70% y se incrementó en médicos que han superado las 100 horas de trabajo/semana, siendo los principales motores de fallo la falta de supervisión de sus profesores y la falta de competencias clínicas de los alumnos (*diagnósticos erróneos o retraso en los mismos, terapéutica inadecuada o errores en la realización de procedimientos, por mencionar algunos*).¹¹ Respecto a la educación de un especialista, el modelo docente-asistencial en el que el residente al mismo tiempo que es formado

puede participar en la atención del paciente, permite generar aprendizaje basado en condiciones reales, sin embargo, ante la demanda de trabajo y responsabilidad creciente, genera descuidos o equivocaciones en la atención de pacientes e incluso el profesional más calificado puede errar.^{10,11,27,28} No obstante, las condiciones laborales, bajos ingresos, así como deficiencias en los insumos, equipo e instalaciones,³ desencadenan un estado constante de fatiga o bien, el síndrome de Burnout, entendiéndose como el estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por la exposición constante al estrés laboral²⁹ y se asocia con un menor rendimiento, deficiente calidad asistencial y mayor probabilidad de cometer errores por parte del personal de salud ante un entorno desfavorable.

Los médicos residentes están expuestos a estrés constante y largas jornadas laborales, el trabajo excesivo está asociado con depresión, ansiedad, trastornos del sueño y enfermedades coronarias, por lo que es evidente que el desgaste físico y mental tienen consecuencias negativas ya que afecta las relaciones personales, la salud, la atención al paciente y el profesionalismo.^{30,31} La prevalencia de síndrome de Burnout se ha reportado en 30% en alumnos de hospitales-escuela y en los residentes de todo el mundo rango de 47% a 75%, según el país, cultura y funcionamiento de las residencias. En 11 programas de pediatría en San Diego, 258 residentes con síndrome de Burnout presentaron comportamientos negativos en la atención del paciente, pero al final sintieron culpa por una inadecuada atención médica.³³ El síndrome de Burnout se ha descrito como una epidemia en el personal de salud repercutiendo directamente en la calidad de la atención y seguridad del paciente.³⁴

Un estudio realizado en Estados Unidos de América (EUA), describió la prevalencia de síndrome de Burnout, depresión, estrés, ansiedad y errores cometidos por médicos, además de identificar factores de riesgo y sociodemográficos asociados al trabajo. Las puntuaciones más altas asociadas a los errores médicos fueron el gran número de horas trabajadas por semana.³⁵ En Japón ser mujer, joven, soltera, largas horas de trabajo e insatisfacción laboral fueron factores de riesgo para padecer Burnout durante la residencia.³⁰ Otro estudio realizado en China a 1343 médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 se encontró mediante el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y la escala *General Anxiety Disorder* (GAD-7) que el 12% de los residentes presentó depresión, el 9.9% ansiedad y el 9.6% ideación suicida, además de las largas jornadas de trabajo también se consideraron como un factor de riesgo para padecer estas patologías, principalmente en aquellos que trabajaron más de 60 horas a la semana.³⁶ En Australia, el trabajo excesivo fue un predictor de ideas suicidas en los residentes.³⁰ Se ha observado que la depresión y el síndrome de Burnout están

asociados a la comisión de errores médicos. Sin embargo, los residentes que padecieron depresión presentaron dos veces más la probabilidad de cometer errores en comparación con los que solo padecían Burnout.³⁷ Así mismo, en otro estudio el agotamiento generado por el síndrome de Burnout, se asoció a mayor probabilidad de cometer errores en 44% a 48% de los casos.³⁸ En Asia Oriental, los suicidios y muertes por enfermedades asociadas al exceso de trabajo se conocen como “*Karoshi*” o también llamada “muerte por exceso de trabajo” siendo un problema de salud pública en ese territorio.³⁰

En otro estudio realizado en México, no hubo diferencias entre el sexo y año de residencia, pero sí en la edad. Se encontró que en residentes mayores de 30 años la tasa de errores fue menor, mientras que en las especialidades quirúrgicas y jornadas mayores a 80 horas/ semana, la tasa de error fue mayor de 80%.³⁹ Debido a estas consecuencias, en 2003 el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME) redujo a menos de 80 horas de trabajo semanales la “jornada laboral” para los residentes.³⁰

Se debe reconocer que los estragos de los errores médicos también se ven reflejado en los profesionales de la salud. En el año 2000, Albert Wu, propuso el término “segundas víctimas” para referirse a la situación emocional, física o laboral por la que cursan los médicos, después de cometer un evento adverso.⁴⁰ Afrontar las consecuencias de un error durante el ejercicio de la profesión, genera miedo, culpa o vergüenza respecto al suceso, lo que podría provocar depresión, ansiedad e inseguridad en su desempeño laboral, incluso el abandono de la residencia.^{41,42} En este último caso, el costo financiero de reemplazo, en caso de abandono de la residencia, en EUA es de más de un millón de dólares.⁴³ Se debería concientizar a los residentes sobre los errores sistematizando el aprendizaje sin satanizar los resultados. En la Universidad de Kentucky, EUA, realizan conferencias para mejorar la calidad de la atención evaluando casos médicos con datos y evidencias para mejorar la seguridad del paciente y así los residentes identifican los errores o posibles errores en cada etapa de la atención del paciente.¹⁰

Saura-Llamas⁴⁴ describió el llamado “*Triángulo motivador en la formación de residentes*” conformado por el error médico, paciente difícil e incidente crítico. Lo denomina así porque la motivación depende de factores de cada profesional y del sufrimiento como ansiedad, malestar e inconformidad que produce. Y aunque estos factores dependen de la personalidad, el sufrimiento y la motivación son importantes debido a que en lugar de afrontar el problema se generan comportamientos de negación y huida empeorando el ejercicio profesional, es por esto que, mientras más motivación se tiene, más mejora la

calidad asistencial, hay menor sufrimiento y se disminuyen los errores médicos.

Conclusiones

Reconocer los errores médicos tiene diferentes aristas. En primer lugar, permite mejorar la calidad de la atención priorizando la seguridad del paciente, considerando que estos fallos no tienen un origen doloso, sino que están latentes en todos los actos médicos y reflejan la suma de factores asociados a procesos cotidianos en el ejercicio de la medicina. Se debe generar una cultura que favorezca el reconocimiento y registro de los eventos adversos (errores médicos), sin que esto represente el escarnio público y el desprestigio, dado que cualquier profesional que practica la medicina se puede equivocar, pese a la enorme experiencia y cúmulo de conocimientos que pueda tener, el ser humano no es una máquina exacta y tampoco lo es la profesión médica. El reporte y monitoreo de los errores durante la atención de los pacientes, genera áreas de oportunidad para identificar e intervenir en las causas que los favorecen.

Los errores también son un reflejo de las condiciones bajo las que se desempeñan los médicos y que deben evaluarse, sobre todo en el caso de los residentes que en el esquema de formación académico-laboral que prevalece en México, trabajan en un ambiente de estrés constante, cansancio, gran carga de trabajo, muchas veces sin la adecuada supervisión de sus profesores y falta de pericia o sin la adecuada preparación psicológica y emocional para enfrentar los embates de las experiencias profesionales con los pacientes, con sus compañeros, profesores o la confrontación de estas vivencias con las propias de la infancia o adolescencia, lo que hacen del residente, al profesional más expuesto a cometer descuidos, fallos o incluso, patologías mentales o el abandono de la especialidad. Las instituciones educativas y de salud deben propiciar y asegurar un ambiente adecuado para la formación de médicos en el posgrado.

Referencias

- Rodríguez-Weber FL, Ramírez-Arias JL. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?. Medigraphic [Internet]. 2016;14(3):183-184. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am163n.pdf>
- Rivera-Flores J. Implicaciones medico-legales en la residencia médica. Rev Mexicana de Anestesiología. 2005;28(1):181-183. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051av.pdf>
- Alva-Díaz C, Nieto-Gutiérrez W, Taype-Rondan A, Timaná-Ruiz R, Herrera-Añazco P, Jumpa-Armas D, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. Rev Colomb Psiquiat, 2021;50(1):22-28. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>
- Siurana-Aparisi JC. Los principios de la bioética y el

- surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [online]. 2010;22:121-157. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071892732010000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-9273. <http://dx.doi.org/10.4067/S071892732010000100006>.
5. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez FJ, Zavala-Villavicencio JA, Vicente González E, Venegas-Páez F, et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED* 2012;17(1):30-43.
 6. Athié-Gutiérrez C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cir Cir*. 2021;88(2). Disponible en:<http://doi.org/10.24875/ciru.18000625>
 7. Mena P. Error médico y eventos adversos. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79:319-26.
 8. Real Academia Española (RAE). Error, definición.2023. [Citado el 18 Abr 2024] Disponible en: <https://dle.rae.es/error#>.
 9. Delgado-Bernal M, Márquez-Villareal HG, Rizo-Amézquita JN. Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. Secretaría de Salud de México. [Citado el 18 Abr 2024]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_oof.pdf.
 10. Vázquez-Frías JA, Villalba-Ortiz P, Villalba-Caloca J, Montiel-Falcón H, Hurtado-Reyes C. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto?. *Medigraphic*. 2011;56(1):47-57.
 11. Mendoza-González MF, Vázquez-Martínez FD, Mota-Morales ML, Ortiz-Chacha CS, Delgado-Dominguez C, Cortés-Jimenez H, Ramírez-González IM, Luzania-Valerio MS. Error médico autopercebido: análisis del enfoque de salud basado en los derechos humanos en México. *Rev Investigación educ médica*. 2023;46(12). Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/1071/1409>
 12. Lifshitz A. Los errores médicos. Seminario El ejercicio actual de la medicina. 2005. [Citado 20 Abr 2024] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm.
 13. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. *StatPearls* [Internet] 2023 .Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
 14. World Health Organization: WHO. *Seguridad del paciente*. 2023. [Citado el 20 de Abril 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
 15. López-Arellano O, López-Moreno S. Derecho a la salud en México. Casa Abierta al tiempo. 2015. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>.
 16. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Título Primero, Capítulo I, Artículo 4º. 2024:10. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
 17. Ríos-Ruiz AA, Fuente-Del Campo A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2017. Disponible en:<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>.
 18. Santamaría-Benhumea NH, Garduño-Alanís A, de la Rosa-Parra JA, Santamaría-Benhumea M, Rueda-Villalpando JP, Herrera-Villalobos JE. Aspectos legales del error médico en México. *Rev CONAMED*. 2014;19(1):32-36.
 19. Carrasco OV. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica la Paz*. [Internet]. 2015;19(2), 73-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v19n2/v19n2_a10.pdf.
 20. Tena-Tamayo C, Norma L, Juárez-Díaz González. Error y conflicto en el acto médico. *Revista Médica IMSS*. 2003;41(6): 461-463.
 21. Woolcott, O. Nuevas dimensiones de la protección del paciente: en la responsabilidad médica, el derecho a la salud y el estatuto del consumidor. *Revista Principia Iuris*. 2014;22(2):242.
 22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. 2021. [Citado el 15 Abril 2024].Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
 23. Organización mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. Who. 2023. [Citado el 15 Abril 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS). 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente. 2019.Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
 25. Sławomirski L, N Klazinga. The economics of patient safety: From analysis to action. *OECD Health Working Papers*. 2022;145.Disponible en: <https://doi.org/10.1787/761f2da8-en>.
 26. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Quejas concluidas según especialidad médica y sector de atención. Información estadística Secretaría de Salud. 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/880711/Cuadro_Estadistico_9_40Trim_2023.pdf

27. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16954486/>
28. Vázquez-Martínez FD. Ética docente-asistencial. *Revista Medicina y Ética*. 2022;33(2):441-472. Disponible en: <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.04>
29. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, García-Batanero M, Alonso-Martínez M, & Alonso-Masanas C. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*. 2020;52(9), 608-616. Disponible en: doi: 10.1016/j.aprim.2020.02.014
30. Ishikawa M. Relationships between overwork, burnout and suicidal ideation among resident physicians in hospitals in Japan with medical residency programmes: a nationwide questionnaire-based survey. *BMJ*. 2022;12(3):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056283>
31. McTaggart LS, Walker J. The relationship between resident physician burnout and its' effects on patient care, professionalism, and academic achievement: A review of the literature. *Health Sciences Review*. 2022;4:100049. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100049>
32. Che FCS, Henn P, Smith S, Colm MP, O'Tuathaigh. Burnout syndrome among non-consultant hospital doctors in Ireland: relationship with self-reported patient care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017;29(5):679-684. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx087>
33. Elizabeth-Baer T, Feraco A, Tuysuzoglu-Sagalowsky S, Williams D, Heather JL, Vinci RJ. Pediatric Resident Burnout and Attitudes Toward Patients. *Pediatrics*. 2017;139 (3): e20162163. Disponible en: 10.1542/peds.2016-2163.
34. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317-1331. Disponible en: doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713.
35. Levine MD, Riedinger CJ, Khadraoui W, Barrington DAM, Vetter M, Yeager KR, Fowler J, & Vetter ML. Self-reported medical errors, depression, anxiety, stress and burnout in a large NCI-designated comprehensive cancer center (516). *Gynecologic Oncology*. 2022;166:S253-S254. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0090-8258\(22\)01737-1](https://doi.org/10.1016/s0090-8258(22)01737-1)
36. Zhiyuan Li, Dongmei Liu, Xiuping Liu, Hui Su, Song Bai. The association of experienced long working hours and depression, anxiety, and suicidal ideation among Chinese medical Residents during the COVID-19 pandemic: A Multi-center Cross-sectional Study. *Rev Psychology research and behavior management*. 2023;16:1459-1470.
37. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, et al. Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout With Harmful Medical Errors on Inpatient Services. *Acad Med*. 2019;94(8):1150-1156. Disponible en: Doi: 10.1097/ACM.0000000000002778
38. Menon NK, Shanafelt TD, Sinsky CA, Linzer M, Carlascare LE, Brady KJS, Stillman MJ, Trockel M. Association of Physician Burnout With Suicidal Ideation and Medical Errors. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2028780. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780>.
39. Judith-Anzar N. Error clínico autopercibido en los médicos residentes en México. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. 2021. Disponible en: <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/la-tasa-de-error-medico-auto-percibido-por-residentes-en-mexico-es-de>
40. Salazar FM, Reinoso II, Reyes CV. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Journal Of Healthcare Quality Research*. 2022;37(2), 117-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.09.002>
41. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Rev de Calidad Asistencial*. 2016;31:1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.005>.
42. Werthman JA, Brown AF, Cole I, Sells JR, Dharmasukrit C, Rovinski-Wagner C, Tasseff TL. Second Victim Phenomenon and Nursing Support: An Integrative Review. *Journal Of Radiology Nursing*. 2021;40(2), 139-145. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.12.014>
43. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018; 283: 516-529. Disponible en: DOI: 10.1111/joim.12752
44. Saura Llamas J. Error clínico, paciente difícil e incidente crítico: un triángulo motivador para formar residentes. *Archivos En Medicina Familiar*. 2024;26(2): 117-128. Disponible en: <https://doi.org/10.62514/amf.v26i2.28>

*Médica especialista en medicina familiar, adscrita a la UMF # 42, IMSS y Fundación Médica Sur, ORCID 0000-0002-7274-9067.

Médica especialista en medicina familiar, Profesor Asignatura "A", Facultad de Medicina, UNAM, adscrita a la UMF # 94, IMSS. ORCID 0000-0003-2748-3279. *Médica especialista en medicina familiar, Profesor Técnico Académico Asociado "A" TC, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, adscrita a la UMF # 140, IMSS, ORCID 0000-0003-3292-5588. ****Médico especialista en medicina familiar, Profesor Asociado "B" TC, y Coordinador de Evaluación, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. ORCID 0000-0001-5628-5488

Autor de correspondencia: Dra. Ana Karen García Hernández.
Correo electrónico: dapan_13@hotmail.com

Recepción: 22-02-2023

Aceptación: 25-01-2024

El presente es un artículo open access bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas: Caso clínico y Revisión de la Literatura

Asymptomatic Bacteriuria in Pregnant Patients: Clinical case and Literature Review

Bacteriúria assintomática em pacientes grávidas: estudo de caso e revisão da literatura

Ana Karen García Hernández, * Martha Berenice Estrada Alvarado, ** Nancy Galicia Hernández,*** Carlos Alonso Rivero López,****

DOI: 10.62514/amf.v26i4.71

Resumen

Se realizó una búsqueda sistemática a través de Google académico, PubMed, Scopus y guías de práctica clínica de los últimos cinco años. Se realizó lectura y análisis de los artículos para resumir los datos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos de la bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas.

Palabras clave: Bacteriuria, embarazo, infección de vías urinarias

Abstract

A systematic search was carried out through Google Scholar, PubMed, Scopus and clinical practice guidelines from the last five years. Reading and analysis of the articles was carried out to summarize the epidemiological, diagnostic and therapeutic data of asymptomatic bacteriuria in pregnant patients.

Keywords: Bacteriuria, pregnancy, urinary tract infection

Resumo

Uma busca sistemática foi realizada através do Google acadêmico, PubMed, Scopus e diretrizes de prática clínica dos últimos cinco anos. Foi realizada leitura e análise dos artigos para sintetizar os dados epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da bacteriúria assintomática em pacientes gestantes.

Palavras-chave: Bacteriúria, gravidez, infecção do trato urinário

Este artículo comienza con una viñeta clínica de un problema frecuente en la consulta. Se revisan los conceptos actuales de diagnóstico y tratamiento, al final se exponen las recomendaciones de los autores.

CASO CLINICO

Una mujer de 39 años se presenta con su segundo embarazo con 28 SDG por FUM, sin control prenatal, comenta que cursó con amenaza de aborto a las

10 semanas con manejo ambulatorio no especificado, actualmente se refiere asintomática. Durante su revisión física el médico realiza prueba con tira reactiva en orina la cual es positiva a leucocitos.

¿Cuál es la conducta que se debe seguir para evaluar y tratar a la paciente?

La infección de vías urinarias (IVU) incluye una variedad de condiciones clínicas en las que el común denominador es un recuento significativo de bacterias en la orina, pueden tener diferente etiopatogenia y manifestaciones clínicas, esto repercute en el abordaje terapéutico, evolución y pronóstico. Se clasifican en bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda.¹ Las infecciones de vías urinarias son las infecciones más comunes en mujeres embarazadas y están asociadas a complicaciones tanto maternas como fetales, por lo que se recomienda un enfoque de detección y tratamiento oportuno.²

Bacteriuria asintomática en pacientes embarazadas

La bacteriuria asintomática (BA) se define como la presencia de una o más especies de bacterias patógenas en la orina que se cuantifican en niveles > 100 000 UFC/mL provenientes principalmente del tracto gastrointestinal, sin presentarse signos o síntomas de infección en vías urinarias.^{3,4} Es una condición clínica que se asocia a un tratamiento innecesario –no obstante tratarse de una colonización de bacterias patógenas– no se recomienda la prescripción de antibióticos, debido al aumento de la resistencia a los antimicrobianos y costo del cuidado de la salud. Sin embargo, en mujeres embarazadas se ha encontrado la evidencia de que la bacteriuria asintomática no tratada puede progresar a una pielonefritis aguda y asociarse a mayor morbimortalidad materna y neonatal.⁵

Durante el embarazo se incrementa la predisposición a IVU, principalmente durante el segundo y tercer trimestre, lo que convierte a dichas infecciones en la segunda complicación médica más común durante la gestación, con una incidencia del 5-10% aproximadamente. En México la incidencia es del 2%

y la recurrencia es del 23% en las mujeres embarazadas, en la literatura se cita una prevalencia del 2 al 10 % para la bacteriuria asintomática, del 1 al 4 % para la cistitis y del 1 al 2 % para la pielonefritis en el embarazo.⁶ Se estima que alrededor del 5% al 10% de las gestantes mexicanas presentan por lo menos un evento de IVU, asimismo, 10% de los ingresos hospitalarios en este grupo de pacientes se debe de igual forma a IVU. Las razones por las que se presenta durante el embarazo es que hay una modificación en la anatomía y la función de la uretra y vejiga, obstrucción mecánica subsecuente al útero grávido, disminución del peristaltismo de uréteres, estasis vesical y cambios de pH lo que aumenta el riesgo para este tipo de infecciones.⁷ Aun no existe evidencia científica de asociación entre las IVU recurrentes con los hábitos del estilo de vida, como, por ejemplo: *la ingesta de líquidos, frecuencia miccional, micción retardada, micción pre o postcoital, limpieza genital, uso de ropa ajustada o tipo de ropa interior*. Al contrario, sí se asocia la recurrencia de IVU a: *las relaciones sexuales frecuentes, uso reciente de antimicrobianos, uso de espermicidas, nueva pareja sexual, antecedente del primer episodio de IVU antes de los 15 años y madre con antecedente de infección urinaria*.⁸

Se reconocen tres tipos de IVU relacionadas al embarazo: a) Bacteriuria asintomática o la presencia de bacterias en la orina sin manifestaciones clínicas. b) Cistitis aguda o la presencia de bacterias en la orina manifestada por los siguientes síntomas: disuria, micciones frecuentes y con urgencia, ardor al orinar, molestias en la parte baja del abdomen, hematuria. c) Pielonefritis o infección aguda del tejido renal, en la cual se presenta fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, dolor lumbar y dolor a la percusión costovertebral.

La prevalencia de BA es más común en países en vías de desarrollo, pudiendo alcanzar una cifra de hasta 21.2 % en países de África y Asia Central. Se ha descrito que la prevalencia de BA es más alta durante el primer trimestre del embarazo.⁹ Los agentes responsables de la patogenia de las IVU son mayormente *Escherichia Coli*, que causa el 75-90% de los casos en embarazadas; sin embargo, también son responsables *Klebsiella spp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp*, *Citrobacter spp*, *Serratia spp*, *Pseudomona spp* y *Streptococcus agalactiae*.¹⁰

Diagnóstico

La BA como su nombre lo indica no presenta signos ni síntomas, por lo que no existe un cuadro clínico específico y con ello resalta la importancia de realizar estudios de laboratorio durante las diferentes etapas del embarazo, se recomienda la toma de urocultivo a toda mujer embarazada durante la primera consulta prenatal o antes de las 16 SDG. Adicionalmente, se aconseja continuar con el tamizaje mediante pruebas de tira reactiva en cada visita prenatal, además,

en el caso de pacientes con múltiples factores de riesgo se aconseja realizar un urocultivo trimestral.¹¹ El diagnóstico de BA se realiza bajo la toma de muestra de urocultivo y se considera positivo tras la identificación de >100,000 unidades formadoras de colonias (UFC), con un valor predictivo positivo de 80% y aumenta hasta un 95% tras la toma segunda toma consecutiva. La presencia de >100,000 UFC de *Streptococcus agalactiae* (SGB) en orina justifica el inicio de antibioticoterapia para la bacteriuria asintomática y profilaxis intraparto sin necesidad de realizar el cultivo de orina a las 35 a 37 semanas de gestación. Es importante mencionar que en presencia de SGB en el urocultivo se debe sospechar elevada colonización del tracto genital y a la vez aumento en el riesgo de pielonefritis, corioamnionitis y sepsis neonatal temprana.¹¹ Sin embargo, en presencia de <100,000 UFC de SGB no se recomienda antibioticoterapia para la bacteriuria, ya que en su mayoría se da una rápida recolonización post-tratamiento y por lo tanto no disminuye el riesgo de las complicaciones anteriormente descritas.

Cistitis aguda

Al presentar una infección localizada en la vejiga, los síntomas esperables son disuria, tenesmo vesical y polaquiuria, no se presentan síntomas sistémicos. El diagnóstico se realiza mediante la clínica sugestiva y la de prueba de sensibilidad antibiótica, presencia de al menos un urocultivo positivo con >100,000 UFC; frecuentemente se asocia a piuria, bacteriuria, y ocasionalmente hematuria microscópica o excepcionalmente macroscópica.¹²

Pielonefritis aguda

Cuando la infección asciende a los riñones, las manifestaciones clínicas cambian y generalmente existe fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, dolor en flancos e hipersensibilidad costovertebral, puede existir piuria, pero la hematuria es infrecuente. En esta patología es común encontrar complicaciones, como estado de shock, anemia, insuficiencia o abscesos renales.¹² El diagnóstico se realiza mediante una correcta anamnesis, examen físico y evaluación obstétrica según la edad gestacional, se confirma mediante un urocultivo con >100,000 UFC, en pacientes grávidas no es necesario la obtención de la muestra mediante sonda vesical, únicamente en caso de mujeres puérperas por el alto riesgo de contaminación. Adicionalmente, se recomienda un hemograma, electrolitos, creatinina, PCR y hemocultivo, considerando que hasta un 20% de las pacientes con pielonefritis presentarán bacteriemia. Estudios adicionales de imagen, como la ecografía renal, no debe solicitarse de rutina, su uso se reserva para episodios recurrentes, afectación grave del estado general, sospecha de absceso, hematoma o refracción al tratamiento médico.¹³

La importancia de la detección y tratamiento oportuno de la BA durante el embarazo es realmente importante y existen diversos autores que en sus estudios de cohortes observacionales realizados en España y Turquía entre 1987 y 1999 (n = 5,289) examinaron de forma comparativa los resultados en mujeres embarazadas con y sin urocultivo. Ambos estudios incluyeron pacientes examinadas en la primera visita prenatal con urocultivo y tratados ante la detección de BA, en ambos estudios, hubo pocos casos de pielonefritis. Solo uno de los estudios informó resultados adicionales, incluido el peso al nacer del bebé, la prematuridad, mortalidad intrauterina y restricción del crecimiento; el estudio no tuvo el poder estadístico adecuado para detectar diferencias en estos resultados.¹⁴

Tratamiento

De acuerdo a los lineamientos y recomendaciones de las guías de práctica clínica, así como a los artículos revisados en la literatura, destaca lo relacionado a las acciones no farmacológicas que deben de prevalecer ante cualquier sospecha de un cuadro infeccioso o bien de una BA en este grupo de pacientes. Las medidas incluyen: *el buen hábito de tomar agua regularmente (sin exceder de dos litros al día), el lavado de manos antes y después de ir al baño, el correcto aseo genital, baño corporal frecuente, el uso y cambio correcto de ropa interior, relaciones sexuales con protección, limitar el número de parejas sexuales, procurar relaciones previo aseo de manos y boca y mantener una adecuada micción de acuerdo con la percepción de cada individuo y no inhibirla.*¹⁵⁻¹⁷

El tratamiento de las IVU está en relación con los factores de cada individuo, es decir, es importante el género, sus características sexuales, comorbilidades, etc., así como la sintomatología y los antecedentes de una resistencia bacteriana, ya que se ha observado una mayor prevalencia en poblaciones comunitarias.¹⁸ En mujeres con síntomas de infección urinaria baja sin fiebre ni afeción sistémica se recomienda el uso de antibióticos de uso ambulatorio, los cuales deben brindar alivio sintomático y prevenir complicaciones como la pielonefritis. Se recomienda el uso de nitrofurantoina, fosfomicina, pivmecillinam y si se tiene evidencia de no resistencia: trimetoprima-sulfametoxazol.^{15,19} En la mayoría de los reportes la duración del tratamiento varía de 4 a 7 días y no hay evidencia que la duración para las mujeres con diabetes mellitus tenga que ser de mayor tiempo. Es importante saber si la mujer está embarazada, en cuyo caso, se deben realizar cultivos de orina y pruebas de susceptibilidad. Si es necesario utilizar empíricamente un antibiótico se recomienda siete días de tratamiento. Los antimicrobianos recomendados en mujeres embarazadas con BA son los que se muestran en la tabla # 1.^{15,20}

Tabla I. Antibióticos utilizados en mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática

Antibiótico	Dosis	Duración
Amoxicilina	500 mg cada 8 horas	7 días
Amoxicilina-clavulánico	500-125 mg cada 8 horas	7 días
Cefalexina	250 mg cada 6 horas	5 - 7 días
Nitrofurantoína	100 mg cada 6 horas	7 días
Fosfomicina-trometanol	500 mg cada 8 horas	4 - 7 días

Existe otro grupo de antibióticos que pueden ser utilizados, con confirmación de un antibiograma como son: *Ciprofloxacino, Levofloxacino, Norfloxacino, Trimetoprima/Sulfametoxazol*. Las recomendaciones en personas sanas o de tercera edad, con BA, es que no se utilice tratamiento farmacológico, ni tamizaje, a menos que tengan el antecedente de que hayan sido sometidas a un sondaje uretral. Se sabe que la prevalencia de BA en mujeres sanas no embarazadas y premenopáusicas se incrementa con la edad, la actividad sexual, el uso de espermicidas y diafragmas utilizados en el control de la natalidad y en algunas mujeres puede persistir meses o años. Sin embargo, el uso de antibióticos produce complicaciones y resistencia bacteriana. De igual forma no se ha demostrado beneficio alguno en tratar a pacientes diabéticas con bacteriuria asintomática. En los ancianos la presencia de co-morbilidades con factores predisponentes como la diabetes mellitus y Parkinson que producen vejiga neurogénica, aumento del volumen residual y por lo tanto aumento de la frecuencia miccional, sin embargo, estos factores no parecen ser suficientes para dar tratamiento antimicrobiano, ya que se ha visto que la presencia de BA en este grupo de pacientes no deteriora la función renal y no disminuye la incidencia de infecciones.²¹⁻²⁵

Conclusiones

La BA en las pacientes embarazadas es una causa frecuente de consulta a la que el médico del primer nivel de atención se enfrenta en el día a día; se considera una prioridad la detección oportuna y tratamiento farmacológico en caso de ser necesario. Se debe realizar urocultivo y solamente en el caso de ser positivo a *Streptococo agalactiae* se indica antibioticoterapia, de lo contrario la vigilancia prenatal y las medidas no farmacológicas son las que se deben reforzar en este grupo de pacientes. El uso indiscriminado de antibióticos produce una mayor resistencia antimicrobiana por lo que su uso debe estar restringido.

Referencias

1. De la Morena, J. C., & Moreno, F. J. A. (2008). Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 32(2), 45-51.
2. Cortes-Penfield NW, Trautner BW, Jump RLP. Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Older Adults. *Infect Dis Clin North Am*. 2017 Dec;31(4):673-688. doi: 10.1016/j.idc.2017.07.002.
3. Gupta K, Trautner B. In the clinic. Urinary tract infection. *Ann Intern Med*. 2012 Mar 6;156(5):ITC3-1-ITC3-15; quiz ITC3-16. doi: 10.7326/0003-4819-156-5-201203060-01003. PMID: 22393148.
4. Abrego-Olvira, E., Lagunes-Espinosa, A. L., Nuding-Martínez, H., Peralta-Pedrero, M. L., Quiroz-Cisneros, J., & Sánchez-Ambríz, S. Diagnóstico y tratamiento de la infección aguda, no complicada del tracto urinario de la mujer. *Guía de Práctica Clínica*. Mexico: Secretaría de Salud, 2009 [cited 2018 Dec 13].
5. Ansaldi Y, Martínez de Tejada Weber B. Urinary tract infections in pregnancy. *Clin Microbiol Infect*. 2023 Oct;29(10):1249-1253. doi: 10.1016/j.cmi.2022.08.015. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36031053.
6. Öztürk R, Murt A. Epidemiology of urological infections: a global burden. *World J Urol*. 2020;38(11):2669-79.
7. Medina M, Castillo-Pino E. An introduction to the epidemiology and burden of urinary tract infections. *Ther Adv Urol*. 2019;11:1756287219832172.
8. Andriole VT, Patterson TF. Epidemiology, natural history, and management of urinary tract infections in pregnancy. *Med Clin North Am*. 1991;75(2):359-373.
9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario bajo durante el embarazo, en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CM-GPC/IMSS-078-08/ER.pdf>
10. Autún Rosado, D. P., Sanabria Padrón, E. H., Cortés Figueroa, E. H., Rangel Villaseñor, O., & Hernández-Valencia, M. (2015). Etiología y frecuencia de bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 148-151.
11. Mora, A., Castillo, A., & Vargas, X. R. (2020). Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. *Revista médica sinergia*.
12. Rodríguez, A. E., & Pol, E. N. (2018). Infecciones del tracto urinario. Abordaje clínico y terapéutico.: abordaje clínico y terapéutico. *Cadernos de atención primaria*, 25(2), 12-16
13. Guzmán, N. S., & García-Perdomo, H. A. (2020). Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *Revista Mexicana de Urología*, 80(1), 1-14.
14. Ramírez, F., Exeni, A., Alconcher, L. F., Coccia, P. A., Chervo, L. G., Suarez, Á., Martín, S. M., Caminiti, A., & Santiago, A. (2022). Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. *Archivos Argentinos De Pediatría*.
15. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/grr/IMSS-078-08.pdf>
16. Nicolle, L. E., Gupta, K., Bradley, S. F., Colgan, R., DeMuri, G. P., Drekonja, D., ... & Siemieniuk, R. (2019). Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 68(10), e83-e110.
17. Owens, D. K., Davidson, K. W., Krist, A. H., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & US Preventive Services Task Force. (2019). Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 322(12), 1188-1194.
18. Wingert, A., Pillay, J., Sebastianski, M., Gates, M., Featherstone, R., Shave, K., ... & Hartling, L. (2019). Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: systematic reviews of screening and treatment effectiveness and patient preferences. *BMJ open*, 9(3), e021347.
19. Awoke, N., Tekalign, T., Teshome, M., Lolaso, T., Dendir, G., & Obsa, M. S. (2021). Bacterial Profile and asymptomatic bacteriuria among pregnant women in Africa: A systematic review and meta analysis. *EclinicalMedicine*, 37, 100952.
20. Luu, T., & Albarillo, F. S. (2022). Asymptomatic bacteriuria: prevalence, diagnosis, management, and current antimicrobial stewardship implementations. *The American Journal of Medicine*.
21. Shaikh, N., Osio, V. A., Wessel, C. B., & Jeong, J. H. (2020). Prevalence of asymptomatic bacteriuria in children: a meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 217, 110-117.
22. Nicolle, L. (2019). Symptomatic urinary tract infection or asymptomatic bacteriuria? Improving care for the elderly. *Clinical Microbiology and Infection*, 25(7), 779-781.
23. Sonkar, N., Banerjee, M., Gupta, S., & Ahmad, A. (2021). Asymptomatic bacteriuria among pregnant women attending tertiary care hospital in Lucknow, India. *Dubai Medical Journal*, 4(1), 18-25.
24. Mittal, P., & Wing, D. A. (2005). Urinary tract infections in pregnancy. *Clinics in perinatology*, 32(3), 749-764.
25. Ruiz-Rodríguez Myriam, Sánchez-Martínez Yuri, Suárez-Cadena Fabio Camilo, García-Ramírez Jenny Carolina. Prevalence and characterization of urinary tract infection in socially vulnerable pregnant women in Bucaramanga, Colombia. *rev.fac.med.* [Internet]. 2021 June ; 69(2): e201. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112021000200201&lng=en. Epub June 30, 2021. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n2.77949>.

* Residente primer año de Medicina familiar. Universidad de Santander, Colombia. ** Residente primer año de Medicina Familiar. Universidad de Santander, Colombia. *** Médico Internista, Universidad de los Andes... Colombia.

¿Se discrimina a los mayores en función de su edad?

Are the Elderly Discriminated Against Based on Their Age?

Os idosos são discriminados com base na idade?

Juan Sebastián Theran León,* Laura Yibeth Esteban Badillo, ** Luis Andrés Dulcey Sarmiento.***

DOI: 10.62514/amf.v26i4.72

Dra. Herlinda Morales López de Irigoyen

Sra. Editora

Los adultos mayores sufren de discriminación en muchas sociedades, donde asumen la edad avanzada como una condición de vulnerabilidad y se tiende a limitar los esfuerzos en la atención o intervenciones requeridas, afectando de forma directa su calidad de vida. Asimismo, el impacto de esta discriminación afecta a los sistemas sanitarios, sociales y legales de los países, por tanto, múltiples organizaciones a nivel mundial, incluyendo las Organización de las Naciones Unidas han llamado a poner fin a la exclusión en este grupo etario.¹ Cabe resaltar que la discriminación se ha visto tanto en ambientes generales como en el ámbito de atención en salud, donde nos parece más preocupante, ya que podría reflejar la pobre sensibilización sobre la atención de los adultos mayores (AM), sin embargo, son múltiples los factores que influyen en este contexto, ya que se ha descrito, que la educación en la atención de AM suele quedarse corta, así como, la falta de satisfacción con el entorno y el sistema organizacional de las instituciones.²

Cuando se analizan los factores asociados a la violencia en los ancianos, puede ser devastador para el anciano y casi siempre está relacionado directamente con: *miembros de la familia, amigos cercanos cuidadores, la composición familiar y el propio riesgo psicosocial* reafirmamos que estos factores deben ser siempre investigados por los profesionales de la salud, como un predictor de la salud de los ancianos.³ De esta manera, es necesario sensibilizar a la comunidad sobre la existencia de situaciones de discriminación y maltrato hacia la población mayor, procurar la formación adecuada del personal a cargo de su cuidado desde una visión del envejecimiento como un proceso del ciclo vital con posibilidades de generar cambios positivos.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. Discriminar a los ancianos no sólo afecta a las personas, también perjudica las economías [Internet]. Noticias ONU. Mirada global Historias humanas. 2021 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489682>
2. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Gordon A, Gladman JRF. Medical students' and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: a conceptualisation. *Age Ageing* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2022 Oct 25];44(5):776–83. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/44/5/776/52134>
3. Maia PHS, Ferreira EFE, Melo EM de, Vargas AMD. Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Dec 5 [cited 2022 Nov 29];72(2):64–70. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/YytX34JqBV3SQy9xGjzS-5hr/?lang=en>

* Residente primer año de Medicina familiar. Universidad de Santander, Colombia. ** Enfermero, Académico del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile

La comunicación en salud como estrategia para responder a las necesidades y expectativas en salud de las comunidades

Health Communication as a Strategy to Respond to the Health Needs and Expectations of Communities

A comunicação em saúde como estratégia para responder às necessidades e expectativas de saúde das comunidades

Juan Sebastián Theran León,* Bernardo Felipe Jil Vargas.**

DOI: 10.62514/amf.v26i4.73

Dra. Herlinda Morales López de Irigoyen

Sra. Editora

La comunicación es entendida como un proceso de interacción y no sólo como una actividad destinada a transmitir información, sino un constante aprendizaje mutuo. Es de gran importancia para los equipos de salud reconocer las necesidades que tienen pacientes y comunidades con relación a sus problemáticas de salud. En el momento de desarrollar el trabajo comunitario en salud -la instancia de interacción individual con los integrantes de la comunidad- cobra especial relevancia al identificar correctamente la angustia emocional en los pacientes y anticipar las señales de preocupación emocional mediante la estrategia de la comunicación afectiva. Los pacientes con conocimientos sanitarios limitados pueden enfrentarse a desafíos adicionales, debido a que, en general están menos familiarizados con los conceptos médicos y la jerga profesional por lo que hacen un menor número de preguntas durante las interacciones médico-paciente, pudiendo generar con ello insatisfacción con el sistema sanitario.¹

Realizamos un trabajo interdisciplinario e interuniversitario guiado por un académico del departamento de Enfermería de la Universidad de Chile (*de modo presencial*) y un Residente de medicina familiar de la Universidad de Santander de Colombia (*de modo remoto*); en conjunto con estudiantes de cuarto y quinto año del curso “*módulo integrado interdisciplinario y multiprofesional II*” compuesto por estudiantes de las ocho carreras de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (*Enfermería, Medicina, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica, Fonoaudiología, Kinesiología, Terapia Ocupacional*), realizando un trabajo con duración de 16 semanas -en una agrupación establecida de adultos mayores- de la comuna de Independencia, en Santiago, Chile.

Las actividades consistieron en la realización de un diagnóstico participativo, donde mediante diversas técnicas, se logró recolectar información relevante que afectaba la calidad de vida de las personas. En

el desarrollo de dichas actividades fue posible reconocer, como equipo académico, que uno de los factores más relevantes -que generan percepción de disconformidad en la atención del sistema de salud- tiene relación con la carencia de una estrategia comunicacional continua por parte de los establecimientos de salud pública. Que no dependa exclusivamente de los equipos de salud que realizan las diversas atenciones a la salud, sino también como una estrategia continua, adecuada a las necesidades reales de la comunidad, que informe pero que también contribuya a educarlas con relación al funcionamiento del sistema sanitario y los criterios de priorización entre las atenciones por problemas de salud -agudos y crónicos- pero siempre considerando las diferencias culturales e individuales de las comunidades.

En la dimensión individual de la comunicación de los equipos profesionales en el contexto del control de salud, la información que se proporciona a los pacientes resulta esencial para empoderarlos y mejorar no solo su salud, sino también su satisfacción con la atención. Al incorporar las perspectivas de éstos, se puede establecer una comprensión holística de cómo se pueden reformar los sistemas de comunicación actuales para desarrollar procedimientos comunicativos que sean más prácticos.²

En síntesis, en la comunicación en salud existen dos problemas a tener en cuenta:

El primero tiene relación con que la información que debería pasar por el filtro del paradigma individual de la percepción del mundo que tienen las personas, pudiendo crearse una discrepancia entre la recepción de la respuesta del mensaje esperado y la real.

El segundo es la suposición racional, ya que muchas veces los destinatarios de los mensajes no siguen un proceso de juicio cognitivo. Por estas razones es de gran importancia crear confianza y comprensión en un entorno de comunicación culturalmente consistente, eficaz y orientado por objetivos.^{3,4}

Referencias

1. Otte R, Roodbeen R, Boland G, Noordman J, van Dulmen S. Affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of COPD or lung cancer: Analysis of video-recorded consultations in outpatient care. *PLoS One* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Nov 15];17(2). Available from: [/pmc/articles/PMC8830703/](#)
2. Blackburn J, Ousey K, Goodwin E. Information and communication in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2019 Jan 1;42:30–5.
3. Werder O. Toward a humanistic model in health communication. <https://doi.org/10.1177/1757975916683385> [Internet]. 2017 Mar 29 [cited 2022 Nov 15];26(1):33–40. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975916683385?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++opubmed
4. Larsen R, Mangrío E, Persson K. Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Nov 15];32(4):310. Available from: [/pmc/articles/PMC8165747/](#)

*Médico Cirujano, Residente de Segundo año de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula, Chiapas. **Especialista en Medicina Familiar, Médico Familiar Certificado por el CCMFAC. Profesor Ayudante de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas. Médico Adscrito al Servicio de Atención Médica Continua de la UMF 11 del IMSS, Tapachula, Chiapas. Maestrante en Docencia, Profesor de Asignatura A del Pregrado de la Facultad de Medicina Humana Campus IV Tapachula de la Universidad Autónoma de Chiapas. Expresidente de la Asociación Chiapaneca de Especialistas en Medicina Familiar A.C. Ex Coordinador Regional de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes de Medicina Familiar A.C., Coordinador de Actividades Científicas de la Asociación Chiapaneca de Especialistas en Medicina Familiar A.C. ****Especialista en Medicina Familiar. Doctora en Terapia Familiar, Maestría en Terapia Familiar. Jefe de Sección Médica en la Clínica de Medicina Familiar No.1 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Guadalajara, Jalisco. Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar en la CMF 1 del ISSSTE Jalisco. Profesora del Pregrado en Medicina de la Universidad de Guadalajara. Integrante del Consejo Consultivo del Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C., Integrante de la Comisión Consultiva del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C.

El Ciclograma de Ludvick: Un enfoque integral para la Medicina Familiar

The Ludvick Cyclogram: A Comprehensive Approach to Family Medicine

O Ciclograma Ludvick: Uma Abordagem Abrangente à Medicina Familiar

Citlaly Itzel Diaz Pérez, * Fabiola González Vázquez, * Adriana Burguete Ramos, * Vanessa Domínguez Álvarez,* Beatriz Guadalupe Mancilla Juan, * Esmeralda del Rocío Saraoz Morales, * Stefany de Fátima Ramírez Arriaga,* Sissi Karina Arias Antonio, * Ludvick Torres López, ** Minerva Paulina Hernández Martínez. ***

DOI: 10.62514/amf.v26i4.74

Dra. Herlinda Morales López de Irigoyen

Sra. Editora

En México, a siete décadas del *Programa Piloto de Nuevo Laredo, Tamaulipas*^{1,2} la Medicina Familiar se ha consolidado como piedra angular de la atención primaria en salud, tanto en el ámbito público como privado.³ Su enfoque holístico, centrado en el paciente y su entorno familiar, ha impulsado el desarrollo de herramientas prácticas para la evaluación y el tratamiento integral de individuos en su contexto biopsicosocial; entre estas herramientas destaca el **Ciclo Vital Familiar**.⁴

Si bien el conocimiento del Ciclo Vital Familiar es fundamental para la práctica de la Medicina Familiar⁵ *existe la necesidad de una herramienta que lo integre con otros aspectos relevantes para la atención integral del paciente*. Esta herramienta debe ser práctica, útil en el ámbito de la consulta y adaptable a diferentes especialidades. Para responder a esta necesidad, proponemos el **Ciclograma de Ludvick**, una herramienta innovadora que combina el Ciclo Vital Familiar con las *seis Generaciones de la Era Digital* (Generación Silenciosa, Baby boomers, Generación X, Millennials, Generación Z y Alpha)⁶ Esta herramienta, compuesta por cuatro discos concéntricos, permite al Médico Familiar:

Visualizar de manera integral las diferentes etapas del desarrollo individual, familiar y de pareja del paciente.

Comprender las características básicas de las seis Generaciones Digitales, para conectar mejor con cada paciente y adaptar las estrategias de comunicación y atención.

Identificar y abordar riesgos psicosociales asociados a las diferentes etapas del ciclo vital.

Realizar intervenciones preventivas y normalizadoras en las transiciones del ciclo vital.

Mejorar la satisfacción del usuario y promover el automanejo de su salud.

El **Ciclo Vital Familiar** es un concepto fundamental en la Medicina Familiar, ya que permite comprender los cambios y desafíos que enfrentan las familias a lo largo de su desarrollo. Al conocer las etapas del ciclo vital, conseguimos ofrecer una atención más efectiva y personalizada, anticipando necesidades y ofreciendo apoyo en momentos críticos.⁶⁻⁸

El **Ciclo Vital de la Pareja** también es un aspecto relevante en la práctica, ya que las relaciones de pareja pueden tener un impacto significativo en la salud física y mental de los individuos. Al comprender las dinámicas de pareja y las etapas por las que atraviesan, nos permite identificar y abordar posibles problemas que afecten la salud integral de la familia.⁹

El **Ciclo Vital Individual** es esencial para entender el desarrollo y la evolución de cada persona. Al conocer las etapas del ciclo vital individual, logramos brindar una atención más personalizada, considerando las necesidades, riesgos y oportunidades propias de cada paciente en cada etapa de su vida.¹⁰

En la era digital actual, es fundamental que los profesionales de la salud comprendan las características y comportamientos de las *Seis Generaciones Digitales*. Cada generación ha nacido y crecido en un entorno tecnológico diferente, lo que ha moldeado su forma de comunicarse, consumir información y relacionarse con el mundo. Al comprender las características de cada generación, podemos adaptar nuestro lenguaje, estrategias de comunicación y atención para comunicarnos mejor con cada paciente y establecer de esta manera una atención más efectiva.⁶

El **Ciclograma de Ludvick** es una herramienta *práctica y fácil de manejar*, diseñada para ser utilizada en el ámbito de la consulta externa, durante la entrevista médica. Su diseño intuitivo permite una rápida comprensión y aplicación por parte del médico familiar.

Además, es una herramienta *integral* que combina el Ciclo Vital Familiar con las *Seis Generaciones Digitales*, brindando una visión más amplia del paciente. Su *versatilidad* la hace adaptable a otras disciplinas y especialidades médicas, lo que la convierte en una herramienta valiosa para una amplia gama de profesionales de la salud. El **Ciclograma de Ludvick** representa un avance significativo en la práctica de la Medicina Familiar. Su potencial para mejorar la atención integral del paciente, la comunicación con las diferentes generaciones y principalmente la prevención de riesgos psicosociales lo convierten en una herramienta indispensable para el Médico Familiar.

Invitamos a la Comunidad de Médicos Familiares a conocer y adoptar el **Ciclograma de Ludvick** en su práctica diaria, incorporándolo como una herramienta para mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes y sus familias. Teniendo la certeza de que será de gran utilidad para fortalecer la práctica de la especialidad en beneficio de la salud integral de las familias. Para conocer con más detalle los objetivos del **Ciclograma de Ludvick** se pone a disposición de los lectores- el siguiente teléfono y correo electrónico: *Dr. Ludvick Torres López*. Teléfono: 9621559903. Correo electrónico: drludvicktorres@gmail.com

Referencias

1. Narro JR, Alarid HJ, Minero H, de León MEP, Santaella B, Villalvazo E. Medicina general/familiar. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 1981 [citado el 20 de Mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74122/0>
2. Irigoyen-Coria A, Vázquez-Martínez VH, Arévalo-Ramírez LA. La influencia de los médicos de Tamaulipas en el desarrollo de la Medicina Familiar en México y Latinoamérica. Aten Fam. 2016;23(1):1-3.
3. Rodríguez Domínguez J, Fernández Ortega MÁ, José Mazón J, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. Aten Primaria [Internet]. 2006 [citado el 20 de mayo de 2024];38(9):519-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familiar-mexico-1954-2006--13095059>
4. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, De Los Ángeles Hernández-Godínez. GF-H y. M. El médico familiar y sus herramientas [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 20 de Mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md1540.pdf>
5. de la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, de los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria [Internet]. 1998 [citado el 20 de mayo de 2024];21(4):219-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-genograma-evaluacion-ciclo-vital-familiar-natural-15050>
6. Icemd.com. [citado el 20 de Mayo de 2024]. Disponible en: https://cdn5.icemd.com/app/uploads/2018/12/Estudio_6-generaciones-de-la-era-digital-.pdf
7. Vista de CONCEPTUALIZACIÓN DE CICLO VITAL FAMILIAR: UNA MIRADA A LA PRODUCCIÓN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2002 A 2015 (Conceptualization of family life cycle: a view of the production during the period between 2002 and 2015) [Internet]. Edu.co. [citado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3555/2436>
8. Prados Quel MÁ. La espiral del ciclo vital familiar. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2007;14(S5):46-59. Disponible en: <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2024/04/Espiral-del-Ciclo-Vital-Familiar.pdf>
9. Ucol.mx. [citado el 21 de mayo de 2024]. Disponible en: http://bvirtual.ucol.mx/archivos/51_9606030906.pdf
10. UNAM.mx. [citado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2024/04/Ciclo-de-vida-individual-y-familiar-abril-2024.pdf>

ERRATUM

Debido a un lamentable error en el artículo:

Hidalgo Salazar A. Ganancia de peso durante el confinamiento por COVID 19 en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Arch Med Fam 2024;26(3):167-170.

En cuanto a las referencias 12 a la 15 no deberían haberse integrado al listado de referencias bibliográficas.