Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

Volumen 10, Número 3, Julio – Septiembre 2023 – ISSN: 2007-9710

Indexada en / Indexed in: LATINDEX, Periódica, DOAJ, MIAR , SciELO

Artículos originales

Proceso de duelo y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2
María E. Vázquez-Díaz, Patricia Flores-Bautista, Erika A. Mata-Tomás y Rosalía Ríos-Terrazas

Características clínicas y calidad de vida de los pacientes tras un evento vascular cerebral
María D. Romero-Hernández, Issa Gil-Alfaro y Liliana Ovando-Diego

Mortalidad en adultos con COVID-19
Ivonne A. Roy-García, Nicolás Rodríguez-Suasto, José G. Serrano-Robles y Rodolfo Rivas-Ruiz

Casos clínicos

Abordaje biopsicosocial del síndrome de hiperventilación en un hospital del noreste de México: reporte de caso
Galdino E. Hernández-Vaquero, Getzemani Aguilera-Rodríguez, Homero Náñez-Terreros e Isauro J. Sáenz-Saucedo

Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple. Reporte de caso de la Unidad de Medicina Familiar 220
Beatriz Archundia-Jiménez y Alberto Del Moral-Bernal

Ensayo

Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud
Antonio D. Ponte-González, Ana L. Guerrero-Morales y Geovani López-Ortiz

Permanyer México
www.permanyer.com

Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

Volumen 10 - No. 3	Julio - Septiembre 2023	ISSN: 2007-9710	http://www.revmexmedicinafamiliar.org/

Directora general
Aurora García López

Editor en jefe
José Manuel Ramírez Aranda

Co-editoras
Issa Gil Alfaro
Azucena Maribel Rodríguez González

Editor asociado
Enrique Villarreal Ríos

Consejo editorial

Aná María Salinas
Jeannie Haggerty
Kyle Hoedebecke
Oliva Mejía Rodríguez
María Valeria Jiménez Báez
Diana Carvajal

Comité editorial

Nacional
Gad Gamed Zavala Cruz
Ismael Ramírez Villaseñor
Raúl Hernández Ordóñez
Francisco Gómez Clavelina
Homero de los Santos Reséndiz
María de Lourdes Rojas Armadillo

Asesor estadístico
Marco Vinicio Meza Gómez
Neri Alejandro Álvarez Villalobos

Internacional
Lilian Gelberg MD, MSPH (Estados Unidos de América)
Rosanna D'Addosio Valera (Venezuela)
Niurka Taureaux Díaz (Cuba)
María Sofía Cuba Fuentes (Perú)
José Saura Llamas (España)
Flor María Ledesma Solaeche (Venezuela)

Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar
Junta directiva 2021-2023

Presidenta Aurora García López
Secretaria general Mariana Pacheco Juárez
Vicepresidente Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Tesorero Alberto Del Moral Bernal

Coordinaciones técnicas

Congresos María Elena Guadalupe Casillas García
Sub coord. Congresos Alejandro Gómez Mendoza
Coord. Administrativa Juan Alejandro Thomas Moreno
Sub Coord. Administrativa Elías Hernández Cornelio
Coord. de Imagen Institucional y proyectos especiales
Ludvick Torres López
SubCoord. de Imagen Institucional y proyectos especiales
Miguel Ángel Muñoz Arroyo
Apoyo Coord. Imagen Institucional y Proyectos especiales
Alba Nidia Sáenz Ramírez
Investigación Jorge Meneses Garduño
Subcoord. Investigación Lizbeth Ariadna Núñez Galván
Educación Rosalba Mendoza Rivera
Sub Coord. Educación Mónica Viviana Martínez Martínez
Editor en Jefe Revista Mexicana de Medicina Familiar José Manuel Ramírez Aranda
Co-editora RMMF Azucena Maribel Rodríguez González
Co-editora RMMF Issa Gil Alfaro
Editor asociado RMMF Enrique Villarreal Ríos
Cood. técnica RMMF Fernanda del Rocío Delgado Cuevas
Coordinación Ejecutiva Gad Gamed Zavala Cruz
Asesor de Asuntos Internacionales Georgina Farfán Salazar
Asesor de Calidad María Esther Reyes Ruiz

Coordinadores regionales

Noreste Mauro Antonio Solis Salas
Occidente Víctor Hugo Salazar Ruiz
Centro Oriente Cielo de los Ángeles Bermúdez Garduño
Noroeste Gabriela Acosta Kelly
Centro Erika Aracely Mata Tomas
Sureste María de la Luz Hidalgo Trinidad

Consejo de certificación en Medicina Familiar

Presidente
Minerva Paulina Hernández Martínez

Vicepresidente
Miguel López Lozano

Secretaria
Verónica Román Arrioja

Tesorera
María Emiliana Avilés Sánchez

Comité examinador
Carlos Alonso Rivero López
Alejandra Palacios Hernández
Héctor Tecuanhuey Tlahuel
Zitlali Portillo García

Comité de normas mínimas
Juan José Mazón Ramírez
Marco Antonio Bailón Ramos

Comisión consultiva
Haydee Cabrera Reyes
Octavio Noel Pons Álvarez
Javier A. Domínguez del Olmo
Miguel Ángel Fernández Ortega

Comité de recepción y revisión de documentos
Ana Raquel Figueroa Chavira
Sara de Jesús López Salas

Comité de relaciones científicas
José Luis Huerta González
Liliana Ovando Diego

PERMANYER
www.permanyer.com

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* (RMMF) es el órgano de difusión de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar (FedMexMF), organización de los médicos familiares que integra legalmente a las sociedades médicas de esta profesión.
La Revista tiene el objetivo de ser un modelo de publicación científica alentador, que difunda a través de escritos con calidad, originalidad y aplicabilidad, la actualidad en el desarrollo del conocimiento y quehacer de la medicina familiar en el campo de la atención a la salud-enfermedad, la investigación, la gestión y la docencia médica; que orienten y formen criterios entre los profesionales responsables de la solución de problemas en salud de las personas, las familias y la comunidad.
Toda la correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: José Manuel Ramírez Aranda, edicion.rmmf2017@gmail.com, a la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar, A.C., Anáhuac 60, col. Roma Sur, Cuauhtémoc, C. P. 06760 Ciudad de México. Teléfono y fax: 01 (55) 56721996. Para consultar las instrucciones de autor completas, por favor visite la web de la revista: http://www.revmexmedicinafamiliar.org/authors-instructions.php
Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04–2014–051910591900–102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 16321 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.
Indexada en / Indexed in: LATINDEX, Periódica, DOAJ, MIAR, SciELO.
ISSN: 2007-9710

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL, donde además podrán consultarse los lineamientos editoriales:

http://publisher.revistamexicanademedicinafamiliar.permanyer.com

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.

PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer
Mallorca, 310
Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México
Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México, México
mexico@permanyer.com

www.permanyer.com

Edición impresa en México

ISSN: 2007-9710
Ref.: 7632AX233

La *Revista Mexicana de Medicina Familiar* es *open access* con licencia *Creative Commons*.
Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores.
El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.
© 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer.
Es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

ÍNDICE

Volumen 10, Número 3, Julio – Septiembre 2023

Artículos originales

Proceso de duelo y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2
María E. Vázquez-Díaz, Patricia Flores-Bautista, Erika A. Mata-Tomás y Rosalía Ríos-Terrazas 81

Características clínicas y calidad de vida de los pacientes tras un evento vascular cerebral
María D. Romero-Hernández, Issa Gil-Alfaro y Liliana Ovando-Diego 89

Mortalidad en adultos con COVID-19
Ivonne A. Roy-García, Nicolás Rodríguez-Suasto, José G. Serrano-Robles y Rodolfo Rivas-Ruiz 99

Casos clínicos

Abordaje biopsicosocial del síndrome de hiperventilación en un hospital del noreste de México: reporte de caso
Galdino E. Hernández-Vaquero, Getzemani Aguilera-Rodríguez, Homero Náñez-Terreros e Isauro J. Sáenz-Saucedo 106

Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple. Reporte de caso de la Unidad de Medicina Familiar 220
Beatriz Archundia-Jiménez y Alberto Del Moral-Bernal 112

Ensayo

Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud
Antonio D. Ponte-González, Ana L. Guerrero-Morales y Geovani López-Ortiz 117

In memoriam 126

Revista Mexicana de MEDICINA FAMILIAR

Órgano oficial de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar

INDEX

Volume 10, Issue 3, July – September 2023

Original articles

Grief process and adherence to treatment in type 2 diabetes
María E. Vázquez-Díaz, Patricia Flores-Bautista, Erika A. Mata-Tomás, and Rosalía Ríos-Terrazas 81

Clinical characteristics and quality of life in patients after a cerebrovascular event
María D. Romero-Hernández, Issa Gil-Alfaro, and Liliana Ovando-Diego 89

Mortality in adults with COVID-19
Ivonne A. Roy-García, Nicolás Rodríguez-Suasto, José G. Serrano-Robles, and Rodolfo Rivas-Ruiz 99

Clinical cases

Biopsychosocial approach to hyperventilation syndrome in a hospital in Northeast Mexico: a case report
Galdino E. Hernández-Vaquero, Getzemani Aguilera-Rodríguez, Homero Náñez-Terreros, and Isauro J. Sáenz-Saucedo 106

Congenital adrenal hyperplasia virilizing simple. Case Report from Family Medicine Unit 220
Beatriz Archundia-Jiménez, and Alberto Del-Moral-Bernal 112

Essay

Violence against women and its impact on health
Antonio D. Ponte-González, Ana L. Guerrero-Morales, and Geovani López-Ortiz 117

In memoriam 126

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:81-88

ARTÍCULO ORIGINAL

Proceso de duelo y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2

Grief process and adherence to treatment in type 2 diabetes

María E. Vázquez-Díaz[1a], Patricia Flores-Bautista[1b*], Erika A. Mata-Tomás[2c] y Rosalía Ríos-Terrazas[2d]

[1]Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar N.º 16, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); [2]Departamento de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N.º 2, IMSS. Querétaro, Querétaro, México

[a]0000-0001-9720-4250; [b]0000-0002-5674-9745; [c]0000-0002-9594-2361; [d]0000-0003-4663-6138

RESUMEN: Antecedentes: La diabetes tipo 2 es un problema de salud pública. Entre un 10 y un 34% de los pacientes con este diagnóstico cursan con un proceso de duelo por pérdida de la salud, lo que influye en la adherencia al tratamiento. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el proceso de duelo en sus diferentes fases y la adherencia terapéutica en la diabetes tipo 2. **Método:** Estudio transversal comparativo, con 134 participantes, con y sin adherencia al tratamiento, elegidos por muestreo no probabilístico. Se estudiaron variables sociodemográficas, fases del duelo y adherencia terapéutica, por medio de la Escala EFD-66 y el cuestionario MBG. Se aplicó estadística descriptiva y prueba de χ^2 y *Odds Ratio*. **Resultados:** El promedio de edad de los pacientes con adherencia terapéutica fue de 63.21 años (desviación estándar: ± 11.75). El 38.1% se dedicaba al hogar, el 42.2% con escolaridad primaria y el 64.9% casados. El tiempo de evolución de la diabetes tipo 2 fue de 10 años y más en el 61.2%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica en pacientes sin negación, sin depresión, con ira y aceptación ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Se demostró una asociación entre la adherencia al tratamiento y las fases de negación, ira, depresión y aceptación.

Palabras clave: Duelo. Adherencia terapéutica. Diabetes tipo 2.

ABSTRACT: Background: Type 2 diabetes is a public health problem in Mexico. Between 10 to 34% of patients diagnosed with type 2 diabetes present a grieving process due to the lack of health which influences adherence to treatment. **Objective:** To determine the association between the grieving process of lost in its different phases and the adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. **Method:** Comparative cross-sectional study, including a total number of 134 patients (with and without adherence), chosen by non-probailistic sampling. Sociodemographic variables, phases of grief and therapeutic adherence were also studied. The EFD-66 scale for bereavement and the MBG questionnaire for therapeutic adherence were applied, using descriptive statistics and χ^2 and odds ratio. **Results:** The average age in patients diagnosed with therapeutic adherence was 63.21 years (standard deviation: ± 11.75), 38.1% worked at home, 42.2% with primary schooling and 64.9% were married. The time of evolution of type 2 diabetes was 10 years and more in 61.2%. The results revealed statistical significance in association of therapeutic adherence in patients with denial, depression, anger and acceptance ($p < 0.05$). **Conclusions:** Association was demonstrated between treatment adherence and the phases of denial, anger, depression and acceptance.

Keywords: Grief. Therapeutic adherence. Type 2 diabetes.

***Correspondencia:**
Patricia Flores-Bautista
E-mail: alexpatflores13@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-01-2023
Fecha de aceptación: 08-06-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:81-88
DOI: 10.24875/RMF.23000022

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la diabetes tipo 2 (DT2) sigue representando un problema de salud pública. Se estima que, para el año 2045, en Latinoamérica el número de casos alcanzará los 700 millones, representando el 62% de la población afectada, sin dejar a un lado que el 40% de las personas no han sido diagnosticadas. En México, el 22.7% de los casos corresponden a personas menores de 40 años, y las complicaciones agudas y crónicas siguen causando diferentes grados de incapacidad y discapacidad, con alto impacto en el costo de la atención médica, además de causar el 12.3% del total de los fallecimientos[1-3].

A pesar de los avances, el tratamiento de la DT2 sigue siendo muy complejo, ya que puede estar determinado por condiciones propias del paciente, de su familia, del personal de salud y de la sociedad en general, requiriendo un manejo integral y multidisciplinario. En relación con las condiciones propias del paciente, la persona diagnosticada con alguna enfermedad crónica puede experimentar diversas emociones, como angustia, frustración, culpabilidad y depresión, las cuales pueden ser parte de un proceso de duelo que, según Elizabeth Kübler Ross, se divide en cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, estas fases pueden variar según los diferentes autores. En cuanto a la salud, el proceso de duelo se considera una reacción adaptativa ante la pérdida de identidad como persona sana. Los estudios nacionales han identificado que el 18.1% de los pacientes con DT2 se encuentran en fase de negación, el 15.8% en ira, el 18.7% en negociación, el 10.8% en fe/esperanza, el 10.6% en depresión y el 25.8% en aceptación[4].

Según la American Diabetes Association, los pacientes pueden experimentar sintomatología depresiva en el 45% de los casos al momento del diagnóstico o durante el curso clínico de la enfermedad[5].

Las diversas emociones relacionadas o no con el proceso de duelo pueden ser determinantes en la adherencia terapéutica, definida como el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, además de la responsabilidad compartida con los prestadores de servicios de la salud. La ausencia de estos compromisos lleva a una falta de adherencia terapéutica y, en consecuencia, a descontrol metabólico, aparición de complicaciones agudas y crónicas e incluso la muerte[6].

En relación con lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar las fases del proceso de duelo en pacientes con DT2 después de 1 año de diagnóstico y determinar su asociación con la adherencia terapéutica. Lo anterior permitiría conocer esta esfera psicológica del paciente y desarrollar diferentes intervenciones en conjunto con el equipo multidisciplinario, con el fin de mejorar el control metabólico y evitar en lo posible el desarrollo de complicaciones.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo, en pacientes con DT2 de la Unidad de Medicina Familiar N.º 16, IMSS, Querétaro. Se incluyeron hombres y mujeres a partir de 18 años de edad, que supieran leer y escribir, sin complicaciones establecidas y que firmaran la carta de consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con alguna discapacidad que limitara contestar las encuestas y que presentaran duelo sin relación con la DT2. Se eliminaron aquellos participantes que no contestaron los cuestionarios correctamente. El tamaño de la muestra se estimó con la fórmula para dos proporciones con un nivel de confianza del 95% y poder de prueba del 80%, donde p = .60, que corresponde al porcentaje de pacientes con aceptación de la enfermedad y adherencia terapéutica, y q = .40, que corresponde al porcentaje de pacientes con aceptación de la enfermedad sin adherencia terapéutica, determinando 67 participantes por grupo (con y sin adherencia terapéutica), obteniendo un total de 134 participantes, captados por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se aplicó la escala EFD-66 (Escala de Fases de Duelo) modificada[7] y diseñada por Miaja Ávila et al.[8], que describe el significado psicológico que tienen los pacientes y los cuidadores primarios en las diferentes fases del duelo ante la pérdida de la salud propuestas por Kübler-Ross, y predice la adherencia al tratamiento farmacológico. El índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.756, el cual es aplicable en los tres niveles de atención. Fue adaptada a población mexicana y detecta pacientes que requieren un manejo psicológico o integral. Consta de 66 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 a 5 puntos (nunca = 1, pocas veces = 2, a veces = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5). Las fases de duelo se determinaron según los siguientes puntajes: en negación ≥ 25.5, con ira ≥ 20.5, en negociación o pacto ≥ 48.5, en depresión ≥ 21.5 y en aceptación ≥ 65.5.

Para determinar la adherencia terapéutica se aplicó el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) por ser un método sencillo, de menor costo y fácil de aplicar, desarrollado durante el año 2008 por la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba para evaluar los niveles de adherencia al tratamiento, que ha sido adaptado a la población mexicana, así como a la pluripatología. Aporta información sobre el cumplimiento del tratamiento, las dosis, el conocimiento de la medicación y la implicación del paciente en su enfermedad. El índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.889. Incluye 12 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 4 puntos (siempre = 4, casi siempre = 3, a veces = 2, casi nunca = 1, nunca = 0). Se consideró adherencia terapéutica una puntuación ≥ 18[9-11].

Se utilizaron promedios y desviación estándar de la población de estudio. Pruebas $\chi 2$ para variables categóricas y t de Student para variables cuantitativas, así como la Prueba Mantel-Haenszel con valor de $p < .05$. El estudio se sometió al comité de investigación local en salud y, de acuerdo con el reglamento de ética vigente, se invitó a los pacientes a participar voluntariamente, esclareciendo el objetivo y la privacidad de la investigación. Previa firma del consentimiento informado, se procedió a llenar los instrumentos de medición para su posterior análisis y resguardo.

RESULTADOS

El duelo, en sus diferentes fases, representa un factor de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con DT2, ya que es una población de alto riesgo en la que pueden presentarse múltiples complicaciones, por lo que es importante considerar que cada fase del duelo tiene diferente duración y que incluso se puede solapar una fase con otra.

En este estudio se incluyeron 134 pacientes. El promedio de edad de los pacientes con adherencia terapéutica fue de 63.21 años (desviación estándar [DE]: ± 11.75) y el de los pacientes sin adherencia terapéutica fue de 61 años (DE: ± 10.60). Predominó el sexo femenino, con un 62.7% (42), en el grupo sin adherencia terapéutica. En relación con la ocupación, el 38.1% (51) se dedicaba al hogar. La escolaridad primaria predominó en un 42.2% (57) (Tabla 1).

En cuanto al tiempo de evolución, los pacientes con más de 10 años desde el diagnóstico presentaron adherencia terapéutica en un 64.2% (43); sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa (Tabla 2).

En los pacientes con adherencia terapéutica se encontró que un 91% (61) se encontraban sin negación de la enfermedad, un 88.1% (59) sin depresión y un 82.1 % (55) en fase de aceptación de la enfermedad (asociación estadísticamente significativa, $p < 0.005$) (Tabla 3).

El estudio demostró que los pacientes sin negación de la enfermedad tienen 3.73 probabilidades de tener adherencia terapéutica (*odds ratio* [OR]: 3.73; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1.37-10.12). En la población estudiada no existe asociación significativa entre la fase de negociación y la adherencia terapéutica. El 88.1% (59)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 con y sin adherencia al tratamiento

Edad (años)	Con adherencia terapéutica (n = 67)		Sin adherencia terapéutica (n = 67)		p		
	63.21 (± 11.75)		61.0 (± 10.60)		0.259		
Sexo	**fx**	**%**	**fx**	**%**	**Total**	**%**	**p**
Femenino	33	49.3	42	62.7	75	56	0.117
Masculino	34	50.7	25	37.3	59	44	
Ocupación							
Hogar	25	37.3	26	38.8	51	38.1	0.405
Obrero	2	3.0	5	7.5	7	5.2	
Empleado	14	20.9	17	25.4	31	23.1	
Comerciantes	4	6.0	5	7.5	9	6.7	
Profesionista	0	0	1	1.5	1	0.7	
Jubilado	21	31.3	11	16.4	32	23.9	
Desempleado	1	1.5	2	3.0	3	2.2	
Escolaridad							
Primaria	27	40.3	30	44.8	57	42.2	0.752
Secundaria	18	26.9	21	31.3	39	29.1	
Media superior	11	16.4	10	14.9	21	15.7	
Carrera técnica	2	3	1	1.5	3	2.2	
Profesional	9	13.4	5	7.5	14	10.4	
Estado civil							
Soltero	9	13.4	9	13.4	18	13.4	0.336
Unión libre	3	4.5	2	3.0	5	3.7	
Casado(a)	42	62.7	45	67.2	87	64.9	
Viudo(a)	11	16.4	5	7.5	16	11.9	
Separado(a)	2	3	6	9.0	8	6.0	

Promedios y desviación estándar de la población de estudio.
p, Chi 2 para variables categóricas y t de Student para variables cuantitativas ; fx: frecuencia.

Tabla 2. Tiempo de evolución con relación a la adherencia al tratamiento

Tiempo de evolución	Con adherencia terapéutica (n = 67)	Sin adherencia terapéutica (n = 67)	Total	p*
De 1 a 5 años y 11 meses	13 (19.4%)	20 (29.9%)	33 (24.6%)	0.341
De 6 a 9 años y 11 meses	11 (16.4%)	8 (11.9 %)	19 (14.2%)	
De 10 años y mas	43 (64.2%)	39 (58.2%)	82 (61.2%)	

*Prueba χ^2.

corresponde a pacientes sin depresión con adherencia terapéutica, con un valor de p = 0.00 (OR: 6.35; IC95%: 2.63-15.32). Por último, en la fase de aceptación, el 82.1% (55) corresponde a aquellos pacientes con aceptación y con adherencia terapéutica, la aceptación parece ser un factor protector para la adherencia al tratamiento (Tabla 4).

Tabla 3. Diferencias entre las fases del duelo y la adherencia terapéutica

Fases del proceso de duelo	Sin adherencia terapéutica (n = 67)		Con adherencia terapéutica (n = 67)		p*
	n	%	n	%	
Negación presente	18	26.9	6	9.0	0.007
Negación ausente	49	73.1	61	91.0	
Ira presente	27	40.3	49	73.1	0.00
Ira ausente	40	59.7	18	26.9	
Negociación presente	13	19.4	18	26.9	0.30
Negociación ausente	54	80.6	49	73.1	
Depresión presente	31	46.3	8	11.9	0.00
Depresión ausente	36	53.7	59	88.1	
Aceptación presente	34	50.7	55	82.1	0.00
Aceptación ausente	33	49.3	12	17.9	

*Prueba χ^2.

Tabla 4. Asociación de las fases de duelo y la adherencia terapéutica

Fases del proceso de duelo	Sin adherencia terapéutica (n = 67)		Con adherencia terapéutica (n = 67)		OR (IC95%)	p*
	n	%	n	%		
Negación presente	18	26.9	6	9.0	3.73 (1.37-10.12)	0.04
Negación ausente	49	73.1	61	91.0		
Ira presente	27	40.3	49	73.1	0.24 (0.12-0.51)	0.0001
Ira ausente	40	59.7	18	26.9		
Negociación presente	13	19.4	18	26.9	0.65 (0.29-1.47)	0.41
Negociación ausente	54	80.6	49	73.1		
Depresión presente	31	46.3	8	11.9	6.35 (2.63-15.32)	0.0001
Depresión ausente	36	53.7	59	88.1		
Aceptación presente	34	50.7	55	82.1	0.22 (0.10 -0.49)	0.0001
Aceptación ausente	33	49.3	12	17.9		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.
*Prueba Mantel-Haenszel.

DISCUSIÓN

Los estudios previos[11-14] que determinaron las características sociodemográficas asociadas a la adherencia terapéutica encontraron predominio del sexo femenino en el 62%. Por otra parte, en un estudio realizado por Domínguez y Ortega[13] se reporta que este predominio se debe a que las mujeres se preocupan más por su estado de salud, además de ser quienes demandan más atención médica. Sin embargo, en el presente estudio, no se determinó asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica.

Un estudio nacional realizado en población rural reporta que ser ama de casa fue la ocupación más frecuente, con un 62.5% (n = 80). En este estudio realizado en población urbana, predominó ser ama de casa, pero con 38.1% (n = 134); diferencia que puede explicarse por la mayor participación de las mujeres en otros ambientes económicos[15].

En el presente estudio predominó la escolaridad primaria en un 42.2%, sin encontrar asociación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica. Sin embargo, las frecuencias demuestran que, a mayor grado de estudios, mayor adherencia. En un estudio de Ramirez et al.[16] con 70.8% población con escolaridad primaria, los pacientes tenían un conocimiento intermedio o inadecuado del padecimiento, lo que aumenta el riesgo de la no adherencia terapéutica.

En relación al estado civil, se ha descrito que el matrimonio o el hecho de vivir en compañía son factores facilitadores para la adherencia terapéutica. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio coinciden con lo reportado por Bello y Montoya[17], quienes no encontraron asociación estadísticamente significativa (p = 0.7) entre tener o no pareja y la adherencia terapéutica, lo que pudiera atribuirse a que es el propio paciente el que finalmente decide cómo llevar su tratamiento, siendo la presencia o ausencia de una pareja un factor no determinante para cumplir las indicaciones médicas[17,18].

En cuanto al tiempo de evolución, pacientes con 10 o más años de diagnóstico, que fueron predominantes, 64.2% reportaron adherencia terapéutica. Esto coincide con los datos reportados en otros estudios, que indican que, a mayor evolución de la enfermedad, el empeoramiento de los síntomas o la limitación física pueden ejercer un efecto positivo sobre la adherencia terapéutica, la cual también puede mejorar si el paciente no presenta otra comorbilidad o no se encuentra con polifarmacia; situaciones que demuestran lo complejo que puede ser la reacción del paciente con DT2 ante la adherencia terapéutica, abriendo otras áreas de oportunidad en investigación[18,19].

En este estudio se encontró que las etapas de negación, ira, depresión y aceptación se relacionan con una mayor adherencia terapéutica, siendo similares estos resultados a los encontrados por Rodríguez Moctezuma et al.[20], quienes identificaron las cinco etapas del duelo por pérdida de la salud y midieron su asociación con el control metabólico, y hallaron que la etapa de depresión estaba presente con mayor tiempo de diagnóstico; sin embargo, la etapa de duelo más frecuente fue también la aceptación como factor protector para la adherencia.

Un estudio realizado por Marcial Ventura et al.[21] encontró que la mayoría de los pacientes (25.8%) acepta su enfermedad, el 18.1% en etapa de negación, el 15.8% en ira, el 18.7% en negociación y el 10.6% en depresión, concluyendo que la mayoría de los pacientes se encuentran alguna de las etapas del duelo, predominando la aceptación.

Como se ha mencionado, en este estudio se encontró que el 88.1% del total de los pacientes con DT2 son pacientes sin depresión y con adherencia terapéutica, siendo contrario a lo reportado en un estudio realizado por Becerra Partida et al.[22], en el que se halló que el 53.66% de un total de 205 pacientes encuestados presentaban depresión leve, el 18.05% depresión moderada y el 1.95% depresión grave.

En cuanto a la fase de aceptación, en este estudio se encontró que es la etapa más frecuente dentro del duelo con buena adherencia al tratamiento, en relación con el mayor tiempo de diagnóstico, en un 64.2% (p = 0.0001), lo cual se debe a que el duelo es un proceso de adaptación emocional a la pérdida de la salud que concluye en la aceptación. Estos resultados son semejantes a los encontrados en un estudio realizado por Mendoza Catalán et al.[23] en diferentes centros de salud de Oaxaca en donde, solo las etapas de negación y aceptación fueron los predictores de la adherencia.

Por último, como demuestran los diferentes estudios de investigación, el proceso de duelo es complejo para ser estudiado como una entidad individual, debido a que cursa con diferentes fases en las cuales intervienen diversas emociones, que pueden coexistir en el mismo paciente.

CONCLUSIONES

Sin duda existen múltiples factores, propios del paciente, sociales y culturales, que pueden modificar la adherencia terapéutica. Esto es crucial en los pacientes con DT2, al ser determinante para el control metabólico y para evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

En relación con las condiciones propias del paciente, este estudio hace evidente la asociación entre la adherencia al tratamiento y las fases del proceso de duelo (negación, ira, depresión y aceptación), sin demostrar asociación en la fase de negociación o pacto. Por lo anterior, se considera importante que el equipo de salud establezca estrategias para apoyar al paciente en esta esfera psicológica desde su diagnóstico, con el fin acompañarle y ayudarle a afrontar las emociones existentes durante el proceso de duelo, como parte del tratamiento integral que se requiere.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los pacientes y al personal médico asesor y operativo del Instituto Mexicano del Seguro Social, por su valiosa participación en la elaboración de esta investigación.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no se ha recibido ningún financiamiento para la investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Salinas CA, Aschner P. Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamerica. En: Aschner P, editor. Guías ALAD de diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2019. p. 1-7.
2. Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo. La pandemia de la diabetes en Mexico. México: Gobierno de México, Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo A.C.. [citado el 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.ciad.mx/la-pandemia-de-la-diabetes-en-mexico/
3. Ovalle Luna OD, Jiménez Martínez IA, Rascón Pacheco RA, Valdez González AL, Gamiochipi Cano M, Doubova S, et al. Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Med Mex. 2019;155:30-8.
4. Marcial Ventura G, Lugo Radillo A, Elizarrarás Rivas J, Contreras García C, Elizarrarás Cruz J, Herrera Lugo KG. El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. Avances en Ciencia, Salud y Medicina. 2019;7:68-76.
5. Ávila Zapata VG, Apolinar Moreno GR. Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche. Temas de Ciencia y Tecnología. 2016;20:37-44.
6. Lozano Dávila ME, Vargas Esquivel GE, Martínez Rodríguez M, Deyver de las Deses C. Guía clínica para el médico del primer nivel de atención de adherencia terapéutica. México: Secretaría de Salud; 2017.
7. Pedroza Cosio GA, Sánchez Escobar LE, Munguia Lozano S, Beltrán Lagunes L, Ferrer Álvarez JG, Medina Arreguín R, et al. Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Panam Salud Publica. 2017;41:1-8.
8. Miaja Avila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kubler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013;10:109-30.
9. Pagés Puigdemont N, Valverde Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018;59:163-72.
10. Villaseñor Fernández MN, Ruvalcaba Ledezma JC, Chehue Romero A, Reynoso Vázquez J, Arciniega MO. Adherencia farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2 de los Grupos de Ayuda Mutua en una jurisdicción de los Servicios de Salud de Hidalgo. Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud. 2015;9:6-8.
11. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Rodríguez Pérez A, Batanero Hernán C, Pérez Merino E. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp. 2020;22:148-72.
12. Cordero Sánchez C, Alba Alba C, Muñoz Cobarrubias M, Guzmán Ortiz E, Ramírez Girón N. Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con diabetes tipo 2. Revistas Ujat. 2022;21:276-81.
13. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2019;6:63-74.
14. Amador Rodero EM, Montealegre Esmeral LP, Arteta Charris M, De Oro C, Navarro Rubio G. Nivel de adherencia a los tratamientos no farmacológicos de pacientes con diabetes mellitus. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020;39:160-6.
15. Pascacio Vera GD, Ascencio Zarazua GE, Cruz León A, Guzmán Priego CG. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco. 2016;22:23-31.
16. Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Revistas Ujat. 2019;18:383-92.

17. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos. 2017;28:73-7.
18. Pagès Puigdemont N, Valverde Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica. 2018;59:251-8.
19. Angelucci Bastidas L, Rondon Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. Médicas UIS. 2020;34:30-9.
20. Rodríguez Moctezuma JR, López Delgado ME, Ortiz Aguirre AR, Jiménez Luna J, López Ocaña LR, Chacón Sánchez J. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;53:546-51.
21. Marcial Ventura G, Lugo Radillo A, Elizarrarás Rivas J, Contreras García CM, Elizarrarás Cruz JD, Herrera Lugo KG, et al. El duelo en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 65 del IMSS, Oaxaca. Avances en Ciencia, Salud y Medicina. 2019;7:68-76.
22. Becerra Partida EN, Medina Millán R, Riquer Arias DR. Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS en Guadalajara, Jalisco, México. Revista Conamed. 2019;24:174-8.
23. Mendoza Catalán G, Mateo Crisóstomo Y, Rodríguez Santamaría Y, Higuera Sainz JL, Gutiérrez Valverde JM, Pimentel Jaimes JA. Etapas de duelo y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Atención Familiar. 2021;28:162-6.

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:89-98

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas y calidad de vida de los pacientes tras un evento vascular cerebral

Clinical characteristics and quality of life in patients after a cerebrovascular event

María D. Romero-Hernández[a]*, Issa Gil-Alfaro[b] y Liliana Ovando-Diego[c]

Unidad de Medicina Familiar Número 66, Instituto Mexicano del Seguro Social, Xalapa, Veracruz, México

[a]*0000-0001-7238-2157;* [b]*0000-0002-2247-9265;* [c]*0000-0002-7601-1529*

RESUMEN: Objetivo: Determinar las características clínicas y la calidad de vida de pacientes tras un evento vascular cerebral (EVC), adscritos a una unidad de medicina familiar. **Método:** Diseño prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Muestra calculada y representativa de hombres y mujeres con EVC, mediante muestreo no probabilístico por cuotas (sexo), excluyendo pacientes con deterioro cognitivo y enfermedades psiquiátricas, eliminando cuestionarios incompletos. Previo consentimiento informado se investigaron características sociodemográficas, características clínicas y escala de Rankin modificada, y calidad de vida mediante ECVI-38 (alfa de Cronbach: 0.79-0.97). Se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas, t de Student al 95%. Autorización R-2021-3007-069. **Resultados:** 172 pacientes, 86 hombres y 86 mujeres, de edad promedio 67.27 años, casados el 33%, de escolaridad primaria el 30%, inactivos laboralmente el 66%, con diabetes e hipertensión arterial el 55%, en pobreza familiar baja el 54%, de familia nuclear numerosa el 20% y núcleo integrado el 53%, con dificultades motoras el 37%, alteraciones en sensibilidad el 66% y en lenguaje el 53%, incapacidad leve el 49%, sin afectación de la calidad de vida el 48% y ligeramente afectada el 37%, la mayoría > 70 años, en actividades de la vida diaria (p = 0.000) y funciones familiares (p = 0.000), y aquellos sin pareja en los mismos rubros (p = 0.000 y p = 0.002), entre otros. **Conclusiones:** En los pacientes con EVC, la calidad de vida estuvo ligeramente afectada, y empeora en los mayores de 70 años y sin pareja.

Palabras clave: Evento vascular cerebral. Ictus. Calidad de vida.

ABSTRACT: Objective: To determine the clinical characteristics and quality of life after a cerebrovascular event (CVD) in patients assigned to a family medicine unit. **Method:** Prospective, cross-sectional, descriptive, observational design. A calculated and representative sample of men and women with CVD, using a non-probabilistic sampling by quotas (sex) by quotas (sex), excluding patients with cognitive impairment and psychiatric illnesses, and eliminating incomplete questionnaires. With prior informed consent, were investigated sociodemographic characteristics, clinical characteristics and modified Rankin scale, and quality of life using ECVI-38 (Cronbach's alpha: 0.79-0.97); using measures of central tendency, dispersion, absolute and relative frequencies, Student's t test at 95%. Authorization R-2021-3007-069. **Results:** 172 patients, 86 men and 86 women, average age 67.27 years, married 33%, primary school 30%, unemployed 66%, with diabetes and arterial hypertension 55%, poverty low family 54%, large nuclear family 20% and integrated nucleus 53%, with motor difficulties 37%, alterations in sensitivity 66% and in language 53%, mild disability 49%, without affectation to quality of life 48%, slightly affected 37%, mostly in > 70 years, in activities of daily living (p = 0.000) and family functions (p = 0.000), and in those without a partner in the same items (p = 0.000 and p = 0.002), among others. **Conclusions:** In patients with CVD, the quality of life was slightly affected, although it worsened in people over 70 years of age and without a partner.

Keywords: Cerebrovascular event. Stroke. Quality of life.

***Correspondencia:**
María D. Romero-Hernández
E-mail: dani_03jr@outlook.com

Fecha de recepción: 24-02-2023
Fecha de aceptación: 15-05-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:89-98
DOI: 10.24875/RMF.23000041

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

El evento vascular cerebral (EVC) comprende un conjunto de trastornos clínicos de manifestaciones generalmente súbitas, debido al insuficiente aporte sanguíneo al cerebro, en donde se incluyen el evento vascular cerebral isquémico, el ataque isquémico transitorio y las hemorragias cerebrales[1]. El EVC es una de las primeras cinco causas de muerte y discapacidad en los adultos de muchos países, incluyendo México, que afecta al 28% de la población activa tanto en hombres como en mujeres. Actualmente es considerado un problema de grandes implicaciones sociales, económicas y de salud pública en todo el mundo en la población adulta y de adultos mayores. Afecta por lo general a personas mayores de 65 años, cuyo principal factor de riesgo es la hipertensión arterial sistémica[2,3].

Se ha observado que el riesgo de padecer un EVC a lo largo de la vida es mayor en las mujeres que en los hombres, debido a que las características demográficas de referencia en las mujeres en comparación con los hombres son diferentes. Además, algunos factores de riesgo son exclusivos de las mujeres y tienen un mayor riesgo conocido de EVC, como el embarazo, los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, los anticonceptivos orales, los tratamientos de reemplazo hormonal y la ooforectomía. Sin embargo, en general, los datos sobre las diferencias entre sexos y el impacto de otros factores de riesgo suelen ser inconsistentes[4].

A pesar de los esfuerzos para su tratamiento, se ha observado que los signos neurológicos, como debilidad o paresia (77.2%), alteración en el nivel de consciencia (39.7%) y disfasia o afasia (55.1%), generan grandes afectaciones en la calidad de vida de los pacientes[5]. De igual forma, enfrentan discapacidades cognitivas, físicas (hemiplejia, parálisis o espasticidad) y emocionales. Si bien se han establecido programas de atención prioritaria («código cerebro») para limitar el daño, el manejo a mediano y largo plazo de las personas con discapacidad secundaria por el EVC representa un reto para los médicos y las instituciones de salud, ya que la discapacidad resultante puede manifestarse en las dimensiones física, psicológica o social[6,7]. Ello merma la percepción de la calidad de vida, la cual se ha definido por la Organización Mundial de la Salud como «el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada»[8,9].

Gran parte de estos pacientes perciben baja su calidad de vida. Es de importancia mencionar que se ha reportado que las mujeres presentan una calidad de vida más pobre, debido en muchas ocasiones al tipo de afrontamiento y apoyo social. Asimismo, los pacientes solos (solteros, viudos o divorciados) y con menor escolaridad pueden percibir menor calidad de vida[5,10].

Si a ello se agrega un contexto familiar de desapego y desinterés, puede conducir a sentimientos de abandono, con mayor deterioro en su vida cotidiana, lo cual en general no suele tomarse en cuenta en el tratamiento de estos pacientes[11]. Por ello, es importante que el médico de familia ahonde no solo en las condiciones clínicas posteriores a un EVC, sino también en la percepción del paciente sobre su calidad de vida para un manejo más integral. En nuestra unidad médica no se habían realizado estudios al respecto, por lo que nos propusimos determinar las características clínicas y la calidad de vida de los pacientes tras sufrir un EVC.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, con previa autorización por el Comité Local de Investigación y la Dirección Médica de la UMF 66 de Xalapa, Veracruz, con número de registro de SIRELCIS R-2021-3007-069, de abril a septiembre de 2021.

Para calcular el tamaño de muestra se tomó una base de datos preexistente del Área de Información Médica y Archivo Clínico

(ARIMAC) de la población de pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular (N = 587 pacientes), con una fórmula de proporciones para población finita utilizando la máxima varianza permisible (0.5), q = (1 − p), un B = 0.045, con un nivel de confianza del 95% (1.96), y así se obtuvo una muestra de 233 pacientes, dividida entre hombres y mujeres por la posibilidad de que el sexo fuera una variable que modificara la calidad de vida, por lo que se utilizó un muestreo no probabilístico estratificado por sexo, para escoger del listado a 117 hombres y 117 mujeres. Posteriormente se acudió al servicio de consulta externa para investigar las fechas de consulta de los pacientes seleccionados y poder contactarlos para participar en el estudio.

Se incluyeron pacientes adultos de 20 a 90 años, adscritos a la unidad, hombres y mujeres, con antecedente de EVC, asistentes a consulta en el periodo de estudio, que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron a quienes presentaron deterioro cognitivo grave, enfermedad psiquiátrica o enfermedades asociadas con alto grado de discapacidad (artritis reumatoide avanzada, síndrome de Down, insuficiencia renal crónica, epilepsia). Se eliminaron los cuestionarios incompletos.

A los pacientes que aceptaron participar se les aplicó un instrumento que fue pilotado previamente y que constó de datos sociodemográficos, entrevista, exploración física y escala modificada de Rankin para características clínicas, cuestionario validado de escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) con alfa de Cronbach de 0.79-0.97[12], utilizando la puntuación total de la escala y la puntuación individual de cada dominio de esta para valorar:

- Estado físico, sobre la dificultad del paciente para actividades como mover las extremidades, utilizar las manos, caminar, mantener el equilibrio o presentar dolor o molestias físicas.
- Comunicación, para la dificultad de comunicarse con otras personas, hablar, leer o escribir.
- Cognición, para la dificultad para concentrarse, cambios en su memoria o capacidad mental.
- Emociones, sobre su estado de ánimo, vitalidad, autoestima, capacidad para mantener la calma y control sobre sus emociones.
- Sentimientos, sobre sus deseos de vivir, confianza en su futuro, sensación de ser útil, tranquilidad y confianza en sí mismo.
- Actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, afeitarse, arreglarse, bañarse, moverse libremente dentro y fuera de la casa, de ocio, entretenimiento o recreación, y actividades en la comunidad.
- Actividades comunes de la vida diaria, como independencia económica, aporte económico a la familia, elaborar ideas y dar soluciones a problemas cotidianos, o participar en las decisiones familiares.
- Funcionamiento sociofamiliar, incluyendo cumplimiento como esposo o esposa, problemas en sus relaciones sexuales o en actividades laborales.

El cuestionario consta de 38 ítems con respuestas de 1 a 5, con puntaje de 38 a 190 puntos, y los resultados finales se categorizan en calidad de vida no afectada (< 25 puntos), ligeramente afectada (25-49 puntos), moderadamente afectada (50-75 puntos) y gravemente afectada (> 75 puntos).

La información recabada se concentró en una base de datos en Excel de la paquetería de Office 2010 y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25 con medidas de tendencia central (promedios) y dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las cualitativas. Se aplicó la prueba t de Student con intervalo de confianza del 95% (IC95%) para la comparación de medias de cada dominio de calidad de vida según sexo, grupo de edad y estado civil, con un valor de significancia definido de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyeron 172 pacientes con EVC de los 233 planeados (el 74% de la muestra calculada), dado que el estudio se realizó durante el confinamiento por COVID-19, lo que limitó la asistencia de los pacientes a la clínica en el periodo de recolección de la muestra. Su promedio de edad fue de 67.2 años (IC95%: 65.4-69.1), en las mujeres 69.1 (IC95%: 66.3-71.8) y en los hombres 65.5 (IC95%: 62.9-68.0); el estado civil más frecuente fue casados, con instrucción primaria, inactivos laboralmente en su mayoría, con pobreza familiar baja, pertenecientes a familia nuclear numerosa, más de la mitad a familias con núcleo integrado, urbanas, tradicionales, empleadas, y comerciantes (Tabla 1).

Con relación a las características clínicas, el tiempo de evolución fue en promedio de 7.4 años (IC95%: 6.67-8.13) y la patología más asociada fue la hipertensión arterial sistémica. Se identificaron deficiencias motoras caracterizadas en su mayoría por dificultad para caminar. El 66% de los pacientes padecían disminución o pérdida de la sensibilidad en alguna parte del cuerpo. En la mayoría, el lenguaje se encontró alterado, aunque la comunicación no se afectó. Se identificó que el 97% presentaron algún tipo de trastorno del sistema nervioso central o periférico con afectación de las funciones corporales, predominando la discapacidad leve (Tabla 2).

La aplicación de la ECVI-38 reveló que cerca de la mitad de los pacientes no consideraron afectada su calidad de vida, seguidos de los que sí la percibieron como ligeramente afectada (Tabla 3). La percepción de los pacientes respecto a su calidad de vida tomando en cuenta la edad obtuvo los mayores puntajes y, por ende, la mayor afectación se encuentra en los pacientes de 70 y más años de edad, en general y en los rubros de actividades comunes de la vida diaria y funciones familiares, con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 4).

En el caso del estado civil, los pacientes sin pareja (solteros, viudos o divorciados) presentaron en todos los dominios y globalmente puntajes medios superiores a los pacientes con pareja (casados, unión libre) en la categoría de ligera afectación general y específicamente en los dominios de estado físico, cognición, actividades básicas de la vida diaria, actividades comunes de la vida diaria y moderada afectación en funciones familiares. En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 4).

Cabe destacar que no hubo diferencias en la percepción de calidad de vida entre hombres y mujeres (Tabla 4).

Al interrogar a los pacientes sobre la percepción de recuperación de su estado de salud posterior al EVC, el 48% la consideraron total o bastante recuperada, el 51% la calificaron como poca recuperación y solo el 1% dijeron que no hubo recuperación de ningún tipo.

DISCUSIÓN

Como se observa en este estudio, las características clínicas de los pacientes que han sufrido un EVC suelen modificar la percepción de su calidad de vida.

En la presente investigación, la edad promedio de los participantes fue de 67.27 años, similar a lo reportado en otros estudios en México[5], Cuba[8,13,14] y Brasil[15], aunque existen promedios similares en países tan diversos como Polonia[16], España[17], India[18], Malasia[19] y Egipto[20]. Si bien es de esperar que esta patología sea más frecuente en los mayores de 65 años, un 7% de nuestros pacientes fueron menores de 50 años e incluso menores de 30 años, lo cual también se observa en otras investigaciones[16,17,20], lo que podría atribuirse a la presencia de factores de riesgo en edades más tempranas que detonan patologías que contribuyen al surgimiento de EVC.

Sobre las características familiares de los pacientes con EVC no existen datos en estudios previos, salvo el estado civil, que en

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con evento vascular cerebral de la UMF 66

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Edad			
< 50 años	13	7%	4-15
50-59 años	29	17%	12-23
60-69 años	51	30%	24-38
70-79 años	48	28%	22-35
80-89 años	31	18%	13-25
Estado civil			
Soltero	7	4%	2-13
Casado	56	33%	26-42
Unión libre	52	30%	24-38
Divorciado	14	8%	4-13
Viudo	43	25%	19-30
Escolaridad			
Sin estudios	15	9%	5-11
Primaria	51	30%	24-38
Secundaria	37	22%	16-24
Carrera técnica	20	12%	8-21
Preparatoria	31	18%	13-25
Licenciatura	18	10%	6-15
Ocupación			
Activo	59	34%	27-35
Inactivo	113	66%	59-67
Pobreza familiar			
Sin evidencia de pobreza	72	42%	35-46
Pobreza baja	93	54%	47-58
Pobreza alta	7	4%	2-13
Tipología familiar			
Por parentesco:			
Nuclear*	91	53%	46-58
Reconstruida	13	7%	4-15
Monoparental†	47	28%	22-35
Extensa‡	21	12%	8-21
Por presencia física en el hogar:			
Núcleo integrado	92	53%	46-58
Otras	79	47%	40-52

(continúa)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con evento vascular cerebral de la UMF 66 *(continuación)*.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Tipología familiar			
Demografía:			
Urbana	148	86%	81-88
Rural	23	13%	08-13
Suburbana	1	1%	0-6
Desarrollo:			
Primitiva	6	3%	1-8
Tradicional	119	69%	63-78
Moderna	47	27%	21-33
Ocupación:			
Campesina	12	7%	4-15
Obrera	28	16%	11-21
Empleada	50	29%	23-37
Comerciante	40	23%	17-26
Profesional	42	24%	18-28

IC95%: intervalo de confianza del 95%.
*Incluye nuclear, nuclear simple y nuclear numerosa.
†Incluye monoparental, extendida y extendida compuesta.
‡Incluye extensa y extensa compuesta.

las investigaciones[17-22] predomina el de casado, observando en nuestro caso que el estado civil de soltero o sin pareja se asoció a menor calidad de vida, situación no que no se ha reportado en otras investigaciones[17,19], aunque utilizando otras escalas sí se han encontrado diferencias[20,21].

En relación con las características clínicas, la cuarta parte de los pacientes presenta solo una patología y más de la mitad dos o más, siendo las más frecuentes hipertensión arterial sistémica, diabetes *mellitus* y dislipidemia, de modo similar a lo reportado en otras investigaciones[5,18,21,22]; sin embargo, se encontraron menores porcentajes en los estudios de Tomari et al.[22] y Jarosławski et al.[16], lo cual pudiera deberse a las diferencias en las características sociodemográficas de las poblaciones de estudio.

Por otro lado, se identificó que las deficiencias motoras se encuentran presentes en tres cuartas partes de los pacientes, con disminución o pérdida de la sensibilidad y algún trastorno específico del lenguaje, similar a lo descrito por Arteche et al.[8] y Lemus et al.[21], y como principal secuela se encuentra la parálisis de miembros superiores e inferiores[13,22]. Lo anterior podría ser consecuencia del tiempo de evolución del EVC y del tipo de rehabilitación otorgada al paciente.

Al aplicar la escala modificada de Rankin se identifica en casi todos los pacientes algún tipo de trastorno del sistema nervioso central o periférico que afecta las funciones corporales, detectando a casi la mitad de ellos con incapacidad leve, seguida de la moderada, con muy bajos porcentajes de incapacidad grave; datos que difieren de los reportados por Boulos et al.[23] en Canadá y Lemus et al.[21], en los que prevaleció la discapacidad moderada seguida por la moderadamente grave y grave, aunque en el segundo caso solo valoraron adultos mayores. En el estudio de Jarosławski et al.[16], aunque predominó también la incapacidad leve, esta fue seguida de la grave dado que eran únicamente pacientes con antecedente de EVC

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con evento vascular cerebral de la UMF 66

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Tiempo de evolución			
1-5 años	74	43 %	36-47
6-10 años	59	34%	27-35
11 años o más	39	23%	17-26
Número de patologías presentes			
Una	45	26%	20-32
Dos	95	55 %	48-59
Tres o más	32	19%	14-28
Patología más frecuente			
Hipertensión arterial sistémica	148	86%	81-88
Diabetes *mellitus*	84	49%	42-54
Dislipidemia	48	30%	24-38
Cardiopatías	15	9%	5-12
Otras	38	22%	16-24
Deficiencias motoras			
Ninguna	44	26%	20-32
Parálisis de una o más extremidades	57	33%	26-33
Dificultad para caminar	64	37%	30-39
Espasticidad	7	4%	2-13
Alteraciones de la sensibilidad			
No presentes	59	34%	27-35
Presentes	113	66%	59-67
Alteraciones del lenguaje			
Ninguna	9	5%	1-8
No se puede comunicar verbalmente	13	8%	4-9
Se afecta medianamente la comunicación	20	12%	8-21
Se afecta ligeramente la comunicación	38	22%	16-24
No se afecta la comunicación, aunque el lenguaje está alterado	92	53%	46-58
Grado de incapacidad (Rankin modificada)			
Asintomático	6	3%	1-8
Muy leve	28	16%	11-21
Leve	84	49 %	42-54
Moderada	35	20%	15-29
Moderada a grave	16	9%	5-12
Grave	3	2%	0-3

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes con evento vascular cerebral de la UMF 66

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
No afectada	83	48.25%	41.25-53.25
Ligeramente afectada	64	37.2%	30.2-39.2
Moderadamente afectada	21	12.2%	8.2-21.2
Gravemente afectada	4	2.32%	–4.32-5.32
Total	172	100%	

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. Comparación de los puntajes promedio total y por dominio de la ECVI-38 en pacientes con evento vascular cerebral de la UMF 66

	Sexo			Edad			Estado civil		
Dimensiones de calidad de vida	**Mujer (n = 86)**	**Hombre (n = 86)**	**p***	**< 70 años (n = 93)**	**70 y más años (n = 79)**	**p**	**Sin pareja† (n = 64)**	**Con pareja‡ (n = 108)**	**p***
Total	30.1	28.1	0.4419	25.1	33.8	0.0000	35.7	25.2	0.0001
Estado físico	24.5	28.3	0.2606	25.0	27.9	0.3778	34.9	21.3	0.0001
Comunicación	18.4	13.2	0.1274	12.8	19.3	0.0573	19.1	13.8	0.1306
Cognición	21.9	25.8	0.2191	21.9	26.2	0.1743	28.9	20.8	0.0127
Emociones	41.6	37.6	0.1251	38.1	41.3	0.2284	40.9	38.8	0.4365
Sentimientos	37.6	33.6	0.1105	33.8	37.7	0.1217	36.1	35.3	0.7681
Actividades básicas de la vida diaria	17.8	17.4	0.9293	14.4	21.4	0.0565	26.9	12.1	0.0001
Actividades comunes de la vida diaria	36.3	32.1	0.3362	24.7	45.3	0.0000	48.1	25.9	0.0000
Funciones familiares	43.0	36.8	0.2229	30.5	51.1	0.0000	50.7	33.6	0.0020

*Prueba t de Student para muestras independientes.
†Solteros, viudos o divorciados.
‡Casados o unión libre.

en fase aguda y subaguda. Consideramos que estas diferencias entre nuestro estudio y los citados se deben a que los pacientes se encontraban en una fase crónica de la enfermedad y podían acudir a la clínica por sus medicamentos y realizar gran parte de sus actividades diarias.

Aunque en muchas investigaciones sobre este tema se utilizan escalas genéricas para medir la calidad de vida, lo más recomendable es utilizar escalas específicas, dado que comprenden dimensiones relacionadas con los síntomas que presentan los pacientes[24]. Aunque existe una gran variedad de escalas, en este caso se utilizó la ECVI-38 y se obtuvo un puntaje promedio de 29.1 en casi la mitad de los pacientes, es decir, sin afectación de su calidad de vida, seguidos de una tercera parte con ligera afectación, y las áreas más comprometidas fueron funciones familiares, emociones, sentimientos y actividades comunes de la vida diaria. Dichos resultados difieren de los de otras investigaciones, como la de Mesa et al.[9], que reportó una puntuación media de 48.1, y la de Sánchez Lozano et al.[14], con un promedio de 31.49, ambas en la categoría de afectación leve, cuyas áreas más afectadas fueron, en la primera, las actividades básicas de la vida diaria, sentimientos, emociones y el estado físico, mientras que en la segunda hubo mayor deterioro en emociones, funcionamiento sociofamiliar y cognición. Estas diferencias a favor de una mejor percepción de calidad de vida en este estudio podrían atribuirse al hecho de que la escala ECVI-38 toma en cuenta el acompañamiento familiar, factor que favorece el proceso de rehabilitación en este tipo de pacientes[6] y podría considerarse que pudo desempeñar un papel importante, pues el estudio fue llevado a cabo durante el confinamiento por COVID-19, en el que existió un mayor involucramiento familiar.

Si bien existen antecedentes en la literatura de diferencias en la calidad de vida de los pacientes con EVC según el sexo, con mayor deterioro en las mujeres[4,25], situación atribuida a la mayor edad de estas al presentar el EVC, a secuelas más graves, a depresión posterior al ictus o a desiguales condiciones demográficas, en nuestro estudio no sucedió así en ninguna de las dimensiones evaluadas, lo cual se pudiera atribuir al grado de incapacidad detectada (que en gran parte fue leve), al tipo de muestreo realizado y al pequeño tamaño de la muestra.

En la variable edad sí se observaron mayores puntajes, y por ende mayor afectación de la calidad de vida, en los pacientes de 70 y más años. Esta relación inversamente proporcional entre la edad y la calidad de vida con o sin ictus ya se ha observado con anterioridad[17,20,21,25]. Por otro lado, los pacientes sin pareja presentaron en todos los dominios y globalmente puntajes medios superiores a los pacientes con pareja. Esta menor calidad de vida percibida pudiera atribuirse a no contar con apoyo familiar, dado que las áreas más afectadas fueron funciones familiares, emociones y sentimientos.

En general, la mayoría de los pacientes estudiados no percibieron afectación de su calidad de vida, contrario a lo que habíamos supuesto inicialmente, lo cual pudiera explicarse por el hecho de que durante la pandemia de COVID-19 los pacientes tuvieron acompañamiento familiar, lo que pudo favorecer una mejor percepción de calidad de vida, a pesar de que se hizo hincapié durante las entrevistas en que contestaran con relación a todos los años de su enfermedad y no solo al año en curso.

Entre las fortalezas del estudio cabe considerar que, a diferencia de la gran mayoría de trabajos que se centran en las fases aguda y subaguda de la enfermedad[23], aquí se estudiaron pacientes con EVC en la fase crónica de la enfermedad, con una amplia gama en cuanto a tiempo de evolución. Asimismo, se utilizaron instrumentos validados y específicos tanto para el estado neurológico como para la calidad de vida, aun en un entorno difícil por las restricciones sanitarias debido al confinamiento por COVID-19.

Entre las limitaciones detectadas, el tamaño de muestra pudiera parecer reducido, debido a las circunstancias antes mencionadas, y además se debe considerar que fue un estudio transversal, de carácter cuantitativo. Sin embargo, dados los hallazgos, dará pie a posibilitar a futuro un estudio longitudinal de corte cualitativo en el que se aborden con mayor profundidad aspectos psicosociales relacionados con el apoyo familiar y social que parece desempeñar un papel importante en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes. También un área que conviene estudiar con más detenimiento es la emocional: el estado de ánimo, la vitalidad, la autoestima y los deseos de vivir se presentan como situaciones que deben ser tomadas en cuenta.

CONCLUSIONES

Aunque existen deficiencias motoras, de la sensibilidad y del lenguaje en los pacientes participantes, no se encontró una percepción de mala calidad de vida, salvo en algunas dimensiones en aquellos de mayor edad y sin pareja.

Identificar a los pacientes con mayores afectaciones permitirá planear estrategias al médico familiar y al equipo de salud, para ayudar de la mejor manera al paciente y a su familia.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choreño PJA, Carnalla CM, Guadarrama OP. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico de primer contacto. Med Int Mex. 2019;35:61-79.
2. Liang Y, Li Q, Chen P, Xu L, Li J. Comparative study of back propagation artificial neural networks and logistic regression model in predicting poor prognosis after acute ischemic stroke. Open Med (Wars). 2019;14:324-30.
3. Carranza ACA, Rojano MD, Niño De la Rosa F. Factores asociados a la reincorporación laboral temprana después del primer evento vascular cerebral. An Med Mex. 2019;64:184-9.
4. Corbière S, Tettenborn B. Stroke in women: is it different? Clin Transl Neurosci. 2021;5:2514183X2110145.
5. Torres ALP, Valenzuela FAA, Villa BJP. Caracterización de los pacientes con EVC atendidos en hospitales del IMSS en la ciudad de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56:18-25.
6. Reséndiz JG, León HSR, Carrillo AP, Aguilar SAG. Recursos familiares en la rehabilitación del paciente con discapacidad por enfermedad vascular cerebral. Invest Disc. 2017;6:43-9.
7. Gutiérrez LY, Chang FD, Carranza ZA. Evento cerebro vascular isquémico agudo. Rev Med Sinergia. 2020;5:1-14.
8. Arteche PM, Peña SM, Fernández CO, González GS, Mendoza AS, Rodríguez PR. Relación de las deficiencias físicas con la calidad de vida de pacientes pos-ictus isquémico. Rev Cub Neurol Neuro. 2018;8:1-15.
9. Mesa BY, Fernández CO, Hernández RT, Parada BY. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016;15:508-24.
10. Thrisna DNLP, Ismail S. A qualitative study quality of life in patient with post stroke attack. Basic and Applied Nursing Research Journal. 2020;1:7-12.
11. Arteaga PMA, Campos GA, Roldan QSN. Apoyo familiar en la recuperación de la salud de pacientes adultos mayores con secuelas de ECV (evento cerebro vascular). Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2019. Disponible en: https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/apoyo-familiar-pacientes.html//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1907apoyo-familiar-pacientes
12. Fernández CO, Verdecia FV, Álvarez GMA, Román PY, Ramírez PE. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. Rev Neurol. 2005;41:391-9.
13. Cabrera RE, Santamarina FA, González GA, Garcés CM, Fonseca VY. Características de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Consultorios Médicos 9, 10, 11. Policlínico 13 de Marzo. Bayamo. Enero-Julio 2019. MULTIMED. 2020;24:352-69. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1908
14. Sánchez Lozano A, Pando Torres R, De la Maza Martínes JL, González Alba G, Bernal Valladares EJ, Lozano Leblanc A. Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico. Finlay. 2018;8:18-25.
15. Ramos LMJM, Brasileiro IC, De Lima TL, Braga NP. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. Clinics. 2018;73:e418.
16. Jarosławski S, Jarosławska B, Błaszczyk B, Auqier P, Toumi M. Health-related quality of life of patients after ischaemic stroke treated in a provincial hospital in Poland. J Mark Access Health Policy. 2020;8:1775933.
17. González HM, Sánchez CS. Estudio sobre la autopercepción de calidad de vida en ictus mediante la escala CAVIDACE-AUTOINFORME: estudio descriptivo. Tog. 2022;19:88-96. Disponible en: https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/179
18. Ellepola S, Nadeesha N, Jayawickrama I, Wijesundara A, Karunathilaka N, Jayasekara P. Quality of life and physical activities of daily living among stroke survivors; cross-sectional study. Nurs Open. 2022;9:1635-42.
19. Wong HJ, Lua PL, Harith S, Ibrahim KA. Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2021;19:210.
20. Amal BAE, Noha MI, Reham HM. Quality of life for patients with cerebrovascular stroke. Port Said Scientific Journal of Nursing. 2019;6:94-111.
21. Lemus FNM, Linares CLP, Lazo HLA, Linares Cánovas B. Caracterización de adultos mayores con ictus. Acta Med Cent. 2019; 13:304-14.
22. Tomari S, Magin P, Lasserson D, Quain D, Valderas JM, Dewey HM, et al. The characteristics of patients with possible transient ischemic attack and minor stroke in the Hunter and Manning Valley Regions, Australia (the INSIST Study). Front Neurol. 2020;11:1-7.
23. Boulos MI, Wan A, Black SE, Lim AS, Swartz RH, Murray BJ. Restless legs syndrome after high-risk TIA and minor stroke: association with reduced quality of life. Sleep Med. 2017;37:135-40.
24. Montaña MGJ, Siabato MEF. Revisión sobre el estado actual de la calidad de vida en personas sobrevivientes a ictus. Interam J Psychol. 2020;54:e992.
25. Delgado SVP, Labrada VED, del Pilar Oliva Magaña M, Solís YMT, Gacel JFG. Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. MULTIMED. 2018;22:39-50. Disponible en: https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/777

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:99-105

ARTÍCULO ORIGINAL

Mortalidad en adultos con COVID-19

Mortality in adults with COVID-19

Ivonne A. Roy-García[1a]*, Nicolás Rodríguez-Suasto[2b], José G. Serrano-Robles[3c] y Rodolfo Rivas-Ruiz[4d]

[1]Sección de Posgrado, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México; [2]Medicina Interna, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad de México; [3]Posgrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México; [4]División de Investigación Clínica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad de México. México

[a]0000-0002-1859-3866; [b]0000-0002-7444-2261; [c]0000-0002-2926-219X; [d]0000-0002-5967-7222

RESUMEN: Objetivo: Determinar los predictores de mortalidad, clínicos, bioquímicos y de imagen, en pacientes con COVID-19. **Método:** Cohorte retrospectiva que incluyó a mayores de 19 años, hospitalizados, con diagnóstico de COVID-19. Se consideraron como predictores de mortalidad: antecedentes clínicos, marcadores bioquímicos y de imagen al momento del ingreso hospitalario. Se calcularon la razón de momios (RM) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%) a partir de modelos de regresión logística mútliple. **Resultados:** Se incluyeron 604 pacientes, con una media de edad de 58.9 años y un tiempo de evolución de 18 días, con una mortalidad del 37.3%. Los predictores de mortalidad fueron la edad > 50 años (RM: 1.9; IC95%: 1.1-2.3), la enfermedad renal crónica (ERC) (RM: 2.4; IC95%: 1.2-4.8), la obesidad (RM: 1.6; IC95%: 1.0-2.5), el índice neutrófilo/linfocito (N/L) > 12 (RM: 2.0; IC95%: 1.3-3.2), la proteína C reactiva (PCR) > 10 (RM: 4.2; IC95%: 2.4-7.1), la deshidrogenasa láctica (DHL) > 250 (RM: 3.4; IC95%: 1.6-7.3), las plaquetas < 150 (RM: 2.8; IC95%: 1.5-5.4) y el puntaje de tomografía computarizada (TC) > 16 (RM: 3.4; IC95%: 2.1-5.4). **Conclusiones:** La edad > 50 años, la presencia de ERC, la obesidad, el índice N/L, la PCR > 10, la DHL > 250, las plaquetas < 150 y el puntaje de TC > 16 puntos son predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19.

Palabras clave: COVID-19. Mortalidad. Factores de riesgo.

ABSTRACT: Objective: Determine the predictors of mortality, clinical, biochemical, and imaging, in patients with COVID-19. **Method:** A retrospective cohort was carried out, including hospitalized patients older than 19 years old, and diagnosed with COVID-19. Clinical history and biochemical markers at the time of hospital admission were considered as predictors of mortality. Multiple logistic regression models calculated the odds ratio (OR) and its 95% confidence interval (95%CI). **Results**: 604 patients were included, with a mean age of 58.9 years, and an evolution time of 18 days. Mortality was 37.3%. Predictors of mortality were age > 50 years (OR: 1.9; 95%CI: 1.1- 2.3), chronic kidney disease (CKD) (OR: 2.4; 95%CI: 1.2-4.8), obesity (OR: 1.6; 95%CI: 1.0-2.5), neutrophil/lymphocyte (NL) index > 12 (OR: 2.0; 95%CI: 1.3-3.2), C-reactive protein (CRP) > 10 (OR: 4.2; 95%CI: 2.4, 7.1), lactate dehydrogenase (LHD) > 250 (OR: 3.4; 95%CI: 1.6-7.3), platelets < 150 (OR: 2.8; 95%CI: 1.5-5.4), and computed tomography (CT) score > 16 (OR: 3.4; 95%CI: 2.1-5.4). **Conclusions**: Age > 50, presence of CKD, obesity, N/L index, CRP > 10, LHD > 250, platelets < 150, and CT score > 16 are predictors of mortality in hospitalized patients.

Keywords: COVID-19. Mortality. Risk factors.

***Correspondencia:**
Ivonne A. Roy-García
E-mail: ivonne3316@gmail.com

Fecha de recepción: 15-02-2023
Fecha de aceptación: 07-04-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:99-105
DOI: 10.24875/RMF.23000038

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La pandemia originada por el SARS-CoV-2 ha provocado un exceso de mortalidad y ha requerido un esfuerzo de organización y planificación de los recursos para evitar el colapso de los sistemas de salud[1].

Si bien el 81% de los casos son leves, el 19% precisan hospitalización[2]. La principal herramienta durante la atención de los pacientes es el juicio clínico, que en ocasiones puede llevar a una sub- o sobreestimación de su gravedad, lo cual puede hacer que casos leves sean hospitalizados y que algunos casos graves reciban acciones insuficientes de tratamiento. Durante la evaluación inicial del paciente con COVID-19 es necesario identificar y clasificar el riesgo de complicaciones para optimizar el sitio de atención y los recursos de salud necesarios para el tratamiento de cada paciente[3-5].

La estimación de riesgo en el paciente se debe realizar al momento del ingreso hospitalario, por lo que es necesario identificar los indicadores clínicos[6], de laboratorio y de imagen asociados a un mayor riesgo de mortalidad[7-9].

El objetivo del presente estudio fue determinar los predictores de mortalidad clínicos, bioquímicos y de imagen en pacientes con COVID-19 al momento del ingreso hospitalario.

Método

El diseño del estudio corresponde a una cohorte retrospectiva.

Población de estudio

Pacientes hospitalizados por COVID-19 atendidos de marzo a agosto de 2020. Se incluyeron pacientes mayores de 19 años con diagnóstico de COVID-19 confirmado por prueba de reacción en cadena de la polimerasa para detección de RNA del SARS-CoV-2 realizada en el laboratorio del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) o en la Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública o en laboratorios de iniciativa privada reconocidos por el INDRE.

Definición del desenlace primario

Se consideró mortalidad hospitalaria la de aquellos pacientes que fallecieron durante su estancia hospitalaria, en los cuales se registró como causa de muerte la COVID-19.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se evaluaron del registro en el expediente clínico o electrónico. Se consideró como variable independiente la exposición a factores de riesgo: edad, sexo, obesidad (índice de masa corporal > 30 kg/m^2), comorbilidad, tipo de comorbilidad, tiempo de evolución de la sintomatología, saturación de oxígeno y presión arterial sistólica y diastólica. De las variables bioquímicas se consideraron los laboratorios al ingreso hospitalario y se consideraron como posibles factores predictores la glucosa en ayuno, las pruebas de función hepática, la proteína C reactiva (PCR), la deshidrogenasa láctica (DHL), la gamma-glutamil transferasa, las bilirrubinas, las transaminasas, los leucocitos totales, el índice neutrófilo/linfocito (N/L) y las plaquetas. Se recolectó la información de la tomografía computarizada (TC) de tórax realizada al ingreso del paciente y se clasificó la gravedad de acuerdo con el índice propuesto por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); así, se categorizó a los pacientes en dos grupos: aquellos con puntaje de 16 (afección de más del 75% de los lóbulos pulmonares) y aquellos con puntajes de 15 o menos.

En la figura 1 se muestra el diseño arquitectónico del estudio.

Consideraciones éticas

Este proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación en Salud, con número de registro institucional R-2021-3609-008; se considera una investigación sin riesgo.

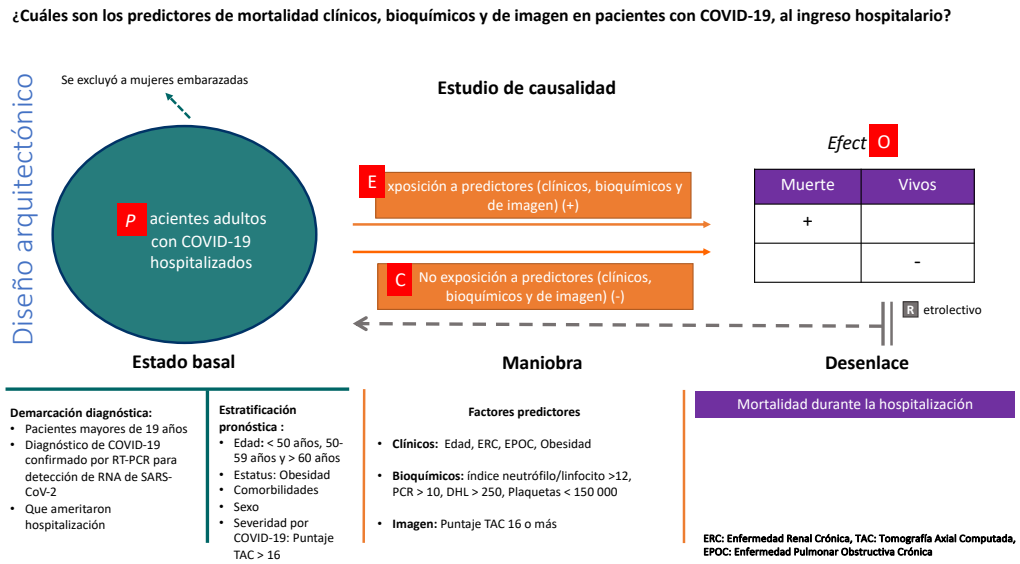


Figura 1. Diseño arquitectónico.

Análisis estadístico

Para contrastar las características entre los pacientes según la presencia del desenlace se utilizaron las pruebas de χ^2 para variables cualitativas, t de Student para variables de distribución normal y U de Mann Whitney para variables de libre distribución. Las variables que mostraron diferencias se consideraron como posibles factores predictores, por lo que se sometieron a modelos multivariados usando regresión logística múltiple y se calcularon la razón de momios (RM) y el intervalo de confianza del 95% (IC95%), así como la R^2 de cada factor de riesgo para elaborar los modelos. En 604 participantes y con 225 desenlaces, de acuerdo con la fórmula de eventos por variable para modelos multivariados, fue posible elaborar modelos multivariados ajustados hasta por 22 variables independientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 604 participantes, de los cuales el 65.6% fueron hombres. La media de edad de los participantes fue de 58.9 años, el 20.2% tenían antecedente de tabaquismo y el 83.3% presentaban alguna comorbilidad. La media de tiempo de evolución de los síntomas al momento de la hospitalización fue de 18 días y la mortalidad de la población estudiada fue del 37.3%.

Al contrastar las características basales de acuerdo con la presencia del desenlace se observaron diferencias en la variable edad: los pacientes que fallecieron eran 5.3 años mayores. En los pacientes que murieron se encontró una mayor frecuencia de hipertensión y de enfermedad renal crónica (ERC), sin encontrar diferencias para obesidad y diabetes tipo 2. El grupo de pacientes que fallecieron mostró mayores valores de glucosa, dímero D, PCR, DHL, TGP, leucocitos totales, índice N/L y plaquetas. La frecuencia de pacientes con un puntaje en la TC > 16 fue mayor en aquellos que fallecieron (Tabla 1).

En la tabla 2 se analizan las RM no ajustadas de los diferentes predictores de mortalidad; en este modelo sin ajuste, la variable obesidad no mostró significancia estadística.

En la tabla 3 se muestra un modelo de regresión logística múltiple para predecir la mortalidad, con una R^2 de 0.36. Las variables incluidas en el modelo que son predictoras de mortalidad son la edad > 50 años, la ERC, la obesidad, un índice N/L > 12, la PCR > 10, la DHL > 250, las plaquetas < 150,000 y un puntaje de TC > 16 (Fig. 2).

Tabla 1. Características generales de la población

Variables	Muertos n = 225 (37.3%)	Vivos n = 379 (62.7%)	p
Sexo masculino, n (%) Edad, años, media (± DE)	153 (68) 61.5 ± 10.3	243 (64.1) 56.2 ± 12.1	0.331[a] < 0.001[b]
Tabaquismo, n (%)	48 (21.3)	74 (19.5)	0.593[a]
Comorbilidad, n (%)	190 (84.4)	313 (82.6)	0.554[a]
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	118 (52.4)	167 (44.1)	0.046[a]
Dibetes tipo 2, n (%)	112 (49.8)	162 (42.7)	0.093[a]
Obesidad, n (%)	77 (34.2)	129 (34.0)	0.963[a]
EPOC, n (%)	17 (7.6)	14 (3.7)	0.038[a]
ERC, n (%)	33 (14.7)	33 (8.7)	0.023[a]
Tiempo de evolución, días, media (± DE)	17.4 ± 4.5	18.5 ± 4.8	< 0.001[b]
IMC, media, DE (kg/m^2) (± DE)	29.8 ± 3.5	30.6 ± 6.3	0.250[b]
PAS, mmHg, media (± DE)	124.9 ± 19.0	112.3 ± 18.6	0.454[b]
PAD, mmHg, media (± DE)	73.7 ± 8.4	72.0 ± 12.4	< 0.001[b]
Saturación de oxígeno (%), mediana (RIC)	90.5 (80.7-93.7)	92.0 (86.0-97.5)	< 0.001[c]
Glucosa, mg/dl, mediana (RIC)	124 (101.2-170.2)	102.5 (91.7-124.2)	< 0.001[c]
Dímero D, µg/ml, mediana (RIC)	1.07 (0.58-2.1)	0.83 (0.42-1.2)	< 0.001[c]
Proteína C reactiva, mg/dl, mediana (RIC)	19.1 (13.7-55.0)	12.2 (4.2-26.6)	< 0.001[c]
Deshidrogenasa láctica, U/l, mediana (RIC)	423.5 (386.0-551.5)	311.5 (222.7-393.0)	< 0.001[c]
Gamma-glutamil transferasa, U/l, mediana (RIC)	87.0 (45.2-181.5)	81.5 (53.2-137.0)	0.932[c]
Transaminasa glutámico pirúvica, U/l, mediana (RIC)	27.9 (23.2-36.0)	37.9 (12.0-73.0)	< 0.001[c]
Transaminasa glutámico oxalacética, U/l, mediana (RIC)	39.1 (32.6-70.5)	36.3 (17.7-65.4)	0.668[c]
Leucocitos totales, miles/ml, mediana (RIC)	8.5 (4.3-10.9)	7.4 (5.2-12.3)	< 0.001[c]
Índice neutrófilos/linfocitos, mediana (RIC)	10.0 (6.5-17.1)	7.5 (4.7-11.6)	< 0.001[c]
Plaquetas, miles/ml, media (± DE)	170.7 ± 52.5	253 ± 113.7	0.018[b]
TC > 16 puntos, n (%)[d]	154 (77.4)	170 (47.1)	< 0.001[a]

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RIC: rango intercuartilar 25-75; TC: tomografía computarizada.
[a]Los datos se muestran como frecuencias y porcentajes, χ^2.
[b]Los datos se muestran como media y DE, t de Student.
[c]Los datos son presentados en mediana y RIQ 25-75, U de Mann Whitney.
[d]Datos faltantes en 44 pacientes (7.3%).

DISCUSIÓN

Al analizar las características de la población hospitalizada se encontró una media de edad de 58 años, con una mortalidad del 37.3%, mayor que la reportada en el ámbito nacional[10]. Albarrán et al.[11] reportan una mortalidad del 34%, que es ligeramente menor que la encontrada en nuestra población y por Artero et al.[12] en España. La mayor mortalidad puede ser atribuible a la alta prevalencia de comorbilidad (83.3%)[10] y al momento de la pandemia en el cual se llevó a cabo el estudio, pues al realizarse en los primeros meses la población no se encontraba vacunada.

Al analizar las diferencias entre los pacientes que fallecieron respecto a los que se egresaron vivos del hospital se encontró una mayor frecuencia de ERC y de hipertensión, sin observar diferencias en la frecuencia de diabetes tipo 2, lo cual coincide con lo reportado por Qin et al.[13] en su estudio. La edad > 50 años se presenta como un factor

Tabla 2. Marcadores clínicos y de laboratorio predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19. Modelo sin ajuste

Variable	RM	IC95%	p	R^2
Edad > 60 años	3.5	2.4-4.9	< 0.001	0.11
EPOC	2.1	1.0-4.4	0.042	0.09
ERC	1.8	1.0-3.0	0.025	0.01
HAS	1.4	1.0-1.9	0.046	0.09
Obesidad	1.0	0.7-1.4	0.963	0.01
Saturación < 90%	2.4	1.7-3.4	< 0.001	0.05
PCR > 10 mg/dl	4.8	3.0-7.7	< 0.001	0.11
Dímero D > 1.0 (µg/ml)	2.2	1.6-3.1	< 0.001	0.05
DHL > 250 (U/L)	3.3	1.9-5.9	< 0.001	0.04
Índice N/L > 12	2.2	1.5-3.2	< 0.001	0.04
Plaquetas < 150	2.0	1.2-3.3	0.003	0.01
TC > 16 puntos	3.8	2.6-5.6	< 0.001	0.11

DHL: deshidrogenasa láctica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; HAS: hipertensión arterial sistémica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; N/L: neutrófilos/linfocitos; PCR: proteína C reactiva; RM: razón de momios; TC: tomografía computarizada.

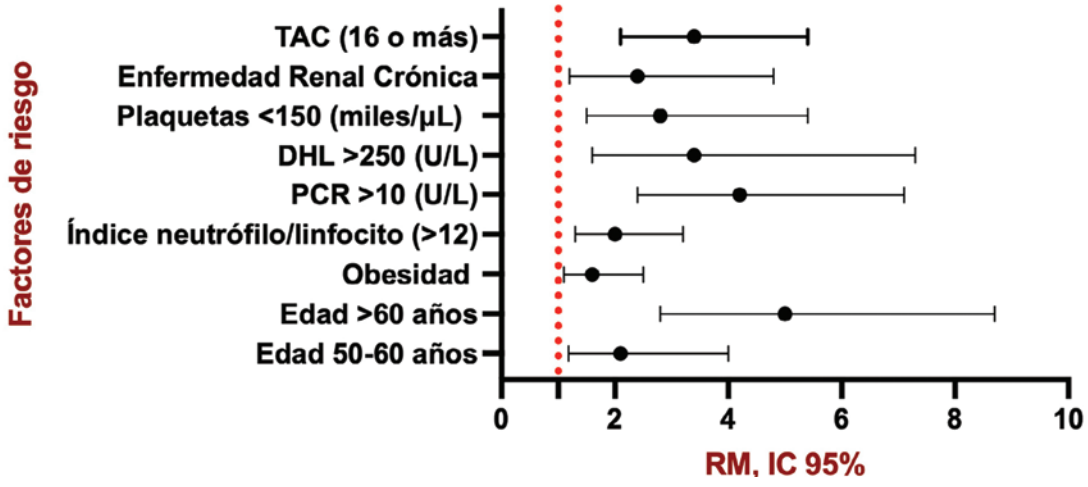


Figura 2. Factores clínicos y bioquímicos predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19. Modelo de regresión logística múltiple. DHL: deshidrogenasa láctica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; PCR: proteína C reactiva; RM: razón de momios; TAC: tomografía computarizada.

predictor de mortalidad, la cual se incrementa aún más en los mayores de 60 años[14], lo que puede explicarse por una disfunción del sistema inmunitario, específicamente en la maduración de las células dendríticas, principales presentadoras de antígenos, y una deficiente activación de linfocitos T[15].

Los pacientes que fallecieron tuvieron mayores valores de glucosa y de marcadores inflamatorios como la PCR, el dímero D y la DHL. Al analizar los componentes de la biometría hemática se encontró un mayor índice N/L y una menor cantidad de plaquetas. Al analizar la gravedad por TC, el 77.4% de los pacientes que fallecieron mostraron un puntaje de 16-25 (afección de más del 75%), frente al 47.1% de los que sobrevivieron, lo cual coincide con lo reportado por Yuan et al.[16] en su estudio.

Al realizar el modelo multivariado, las variables que se mostraron significativas fueron la edad > 50 años (con un mayor incremento en el riesgo en los pacientes mayores de 60 años), la obesidad y la ERC. Estos resultados

Tabla 3. Marcadores clínicos y de laboratorio predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19. Modelo de regresión logística múltiple

Variable	RM	IC95%	p
Edad			
< 50 años	1	Ref.	
50-60 años	2.1	1.1-4.0	0.012
> 60 años	5.0	2.8-8.7	< 0.001
ERC	2.4	1.2-4.8	0.009
Obesidad	1.6	1.0-2.5	0.028
Índice N/L > 12	2.0	1.3-3.2	0.001
PCR > 10 mg/dL	4.2	2.4-7.1	< 0.001
DHL > 250 U/l	3.4	1.6-7.3	0.001
Plaquetas < 150,000/ml	2.8	1.5-5.4	0.001
Puntaje TC 16 y más	3.4	2.1-5.4	< 0.001

R^2: 0.366; AUC 0.81; IC95%: 0.77-0.85.
AUC: área bajo la curva; DHL: deshidrogenasa láctica; ERC: enfermedad renal crónica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; N/L: neutrófilos/linfocitos; PCR: proteína C reactiva; RM: razón de momios; TC: tomografía computarizada.

concuerdan con lo mostrado en otros estudios[4,5,14]. Es posible que el mecanismo para una mayor vulnerabilidad en los pacientes con obesidad sea la disminución en la capacidad funcional y en el volumen de reserva espiratoria, lo cual los coloca en un mayor riesgo de requerir asistencia mecánica ventilatoria invasiva[17]. La enfermedad renal y el requerimiento dialítico pueden condicionar un estado de inmunodepresión y una disregulación de la respuesta inmunitaria[18,19].

Al analizar los paraclínicos encontramos que la PCR > 10, la DHL > 250, el índice N/L > 12 y la disminución en las plaquetas < 150,000 son predictores de mortalidad. La DHL es un reflejo de daño y destrucción tisular pulmonar ocasionado por la infección por SARS-CoV-2[20], mientras que la PCR es un reactante de fase aguda que se eleva ante padecimientos inflamatorios[9,10].

El índice N/L > 12 es un factor predictor de mortalidad, lo cual es posible que sea reflejo de una depleción de linfocitos en los casos graves de COVID-19, que a su vez son el blanco del virus a través de la expresión de la enzima convertidora de la angiotensina 2[21,22]. Por otra parte, un incremento en los neutrófilos puede encontrarse asociado a sobreinfección bacteriana. La trombocitopenia es posible que se deba a una coagulopatía por consumo, que es más frecuente en pacientes con formas graves de la enfermedad[23].

Las limitaciones del estudio son la recolección de información de forma retrospectiva y que se llevó a cabo previo a la vacunación; la R^2 del modelo multivariado explica solo un 36% del desenlace con las variables predictoras incluidas. Las fortalezas del estudio se derivan de la calidad de las mediciones y del tamaño de la muestra. El modelo de regresión revela un área bajo la curva de 0.81 (0.77-0.85), mayor que la encontrada en el *4C (Coronaviris Clinical Characterisation Consortium) Mortality Score* de la Organización Mundial de la Salud, que es de 0.77[24].

CONCLUSIONES

La edad > 50 años, la presencia de ERC, la obesidad, el índice N/L, la PCR > 10, la DHL > 250, las plaquetas < 150,000 y un puntaje de TC > 16 son predictores de mortalidad en pacientes hospitalizados. En los hospitales donde existe una gran cantidad de ingresos

es fundamental distinguir a los pacientes críticos que requerirán atención en terapia intensiva de aquellos que pueden atenderse en hospitalización general o de manera ambulatoria, a partir de predictores de fácil acceso durante la evaluación inicial del paciente.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibarra-Nava I, Cardenas-de la Garza JA, Ruiz-Lozano RE, Salazar-Montalvo RG. Mexico and the COVID-19 response. Disaster Med Public Health Prep. 2020;14:e17-8.
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323:1239-42.
3. Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Díaz-Ordaz K, Williamson E, Harrison EM, et al. Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. BMJ. 2020;371:1-20.
4. Parra-Bracamonte GM, López-Villalobos N, Parra-Bracamonte FE. Clinical characteristics and risk factors for mortality of patients with COVID-19 in a large data set from Mexico. Ann Epidemiol. 2020;52:93-8.
5. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395:1054-62.
6. Földi M, Farkas N, Kiss S, Dembrovszky F, Szakács Z, Balaskó M, et al. Visceral adiposity elevates the risk of critical condition in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Obesity (Silver Spring). 2021;29:521-8.
7. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. BMJ. 2020;369:1-12.
8. Lu L, Zhong W, Bian Z, Li Z, Zhang K, Liang B, et al. A comparison of mortality-related risk factors of COVID-19, SARS, and MERS: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020;81:e18-e25.
9. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. Lancet. 2020;395:1763-70.
10. Hernández-Galdamez DR, González-Block MA, Romo-Dueñas DK, Lima-Morales R, Hernández-Vicente IA, Lumbreras-Guzmán M, et al. Increased risk of hospitalization and death in patients with COVID-19 and pre-existing noncommunicable diseases and modifiable risk factors in Mexico. Arch Med Res. 2020;51:683-9.
11. Albarrán-Sánchez A, González-Ríos RD, Alberti-Minutti P, Noyola-García ME, Contreras-García CE, Anda-Garay JC, et al. Asociación de los índices neutrófilo/linfocito y linfocito/proteína C reactiva con mortalidad por COVID-19. Gac Med Mex. 2020;156:553-8.
12. Artero A, Madrazo M, Fernández-Garcés M, Muiño Miguez A, González García A, Crestelo Vieitez A, et al. Severity scores in COVID-19 pneumonia: a multicenter, retrospective, cohort study. J Gen Intern Med. 2021;36:1338-45.
13. Qin W, Bai W, Liu K, Liu Y, Meng X, Zhang K, et al. Clinical course and risk factors of disease deterioration in critically ill patients with COVID-19. Hum Gene Ther. 2021;32:310-5.
14. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical and mortal COVID-19 cases: a systematic literature review and meta-analysis. J Infect. 2020;81:e16-e25.
15. Zhao J, Zhao J, Legge K, Perlman S. Age-related increases in PGD 2 expression impair respiratory DC migration, resulting in diminished T cell responses upon respiratory virus infection in mice. J Clin Invest. 2011;121:4921-30.
16. Yuan M, Yin W, Tao Z, Tan W, Hu Y. Association of radiologic findings with mortality of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. PLoS One. 2020;15:1-10.
17. Hendren NS, De Lemos JA, Ayers C, Das SR, Rao A, Carter S, et al. Association of body mass index and age with morbidity and mortality in patients hospitalized with COVID-19: results from the American Heart Association COVID-19 Cardiovascular Disease Registry. Circulation. 2021;143:135-44.
18. Gao YD, Ding M, Dong X, Zhang JJ, Kursat Azkur A, Azkur D, et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: a review. Allergy. 2021;76:428-55.
19. Pecly IMD, Azevedo RB, Muxfeldt ES, Botelho BG, Albuquerque GG, Diniz PHP, et al. COVID-19 and chronic kidney disease: a comprehensive review. Brazilian J Nephrol. 2021;43:383-99.
20. Bartziokas K, Kostikas K. Lactate dehydrogenase, COVID-19 and mortality. Med Clin (Barc). 2021;156:37.
21. Bastug A, Bodur H, Erdogan S, Gokcinar D, Kazancioglu S, Kosovali BD, et al. Clinical and laboratory features of COVID-19: predictors of severe prognosis. Int Immunopharmacol. 2020;88:106950.
22. Lakkireddy M, Gadiga SG, Malathi RD, Karra ML, Raju ISSVPM, Ragini, et al. Impact of daily high dose oral vitamin D therapy on the inflammatory markers in patients with COVID 19 disease. Sci Rep. 2021;11:1-8.
23. Maquet J, Lafaurie M, Sommet A, Moulis G. Thrombocytopenia is independently associated with poor outcome in patients hospitalized for COVID-19. Br J Haematol. 2020;190:e276-9.
24. Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, Drake TM, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. BMJ. 2020;370:m3339.

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:106-111

CASO CLÍNICO

Abordaje biopsicosocial del síndrome de hiperventilación en un hospital del noreste de México: reporte de caso

Biopsychosocial approach to hyperventilation syndrome in a hospital in Northeast Mexico: a case report

Galdino E. Hernández-Vaquero[1a*], Getzemani Aguilera-Rodríguez[2b], Homero Náñez-Terreros[1b], e Isauro J. Sáenz-Saucedo[2d]

[1]Departamento de Medicina Interna; [2]Departamento de Medicina Familiar. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

[a]0000-0002-7903-9156; [b]0000-0002-4299-9030; [c]0000-0002-7816-0712; [d]0000-0002-1104-7272

RESUMEN: El síndrome de hiperventilación (SH) se caracteriza por síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad, alterando la calidad de vida y requiriendo un abordaje biopsicosocial para su diagnóstico y tratamiento. **Caso clínico:** Varón de 26 años con trastorno depresivo, ansiedad y abuso de sustancias, que acude al servicio de urgencias por náusea, disnea y alcalosis respiratoria. Se diagnosticó SH. **Conclusiones:** El SH requiere un abordaje multidisciplinario, en el que el médico familiar tiene un papel importante con la capacidad de comprender a la persona como un ser biopsicosocial, esencial en el proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: Síndrome de hiperventilación. Trastorno de ansiedad. Náusea. Disnea.

ABSTRACT: Hyperventilation syndrome (HS) is characterized by symptoms related to anxiety disorder, altering quality of life and requiring a biopsychosocial approach for diagnosis and treatment. **Case report:** A 26-year-old male with depressive disorder, anxiety, and substance abuse, who attended the emergency department with nausea, dyspnea, and respiratory alkalosis. HS was diagnosed. **Conclusions:** HS requires a multidisciplinary approach, where the family doctor has an important role in understanding person as an essential bio-psycho-social being in the health-disease process.

Keywords: Hyperventilation syndrome. Anxiety disorder. Nausea. Dyspnea.

***Correspondencia:**
Galdino E. Hernández-Vaquero
E-mail: galdino.hernandezvqr@uanl.edu.mx

Fecha de recepción: 20-02-2023
Fecha de aceptación: 17-06-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:106-111
DOI: 10.24875/RMF.23000039

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hiperventilación (SH) fue descrito en 1865 durante la guerra civil americana como resultado del intenso estrés experimentado[1]. Actualmente se presenta en uno de cada 10 pacientes en la consulta general y se caracteriza por síntomas cardiorrespiratorios asociados a la hiperventilación voluntaria, como disnea, suspiros, palpitaciones, ansiedad, náusea, hiporexia, parestesias, calambres musculares y taquicardia[2,3]. Frecuentemente se relaciona con trastornos de ansiedad, representando un gran impacto en la calidad de vida[4].

Es importante su reconocimiento oportuno para evitar abordajes invasivos innecesarios, además de comprender el papel del médico familiar en el diagnóstico y el tratamiento con el fin de ofrecer una atención integral en la esfera biopsicosocial.

CASO CLÍNICO

Varón de 26 años, hispano, con antecedentes de consumo de LSD y cocaína ocasional desde los 14 años (último consumo 6 meses previos a su ingreso), y marihuana dos o tres ocasiones por mes (último consumo el día previo a su ingreso). Antecedente de tuberculosis pleural izquierda en tratamiento con rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg y etambutol 300 mg (3 meses de fase intensiva, 6 meses de fase de mantenimiento). Trastorno depresivo 1 año previo a su internamiento, tratado con sertralina 50 mg diarios durante 3 meses, con abandono del tratamiento.

Refiere iniciar 3 años previos con tristeza, fatiga diurna, anhedonia, hiporexia y disminución del rendimiento académico, con tendencia a la impulsividad en situaciones potencialmente peligrosas (sexo sin protección, uso de drogas), así como relaciones superficiales e inestables, ideas de grandiosidad y pobre integración de la percepción del otro.

Acude a urgencias por episodios repetidos de náusea y vómito de contenido gastroalimentario hasta en cuatro ocasiones por día de 2 semanas de evolución, automedicado con difenidol 25 mg por razón necesaria e ingesta de soluciones de rehidratación oral, pero progresa a vómito incoercible, por lo que busca atención médica.

A su ingreso presenta los siguientes signos vitales: presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca 116 l.p.m., frecuencia respiratoria 28 r.p.m., temperatura 36.1 °C, saturación del 99% por oximetría de pulso. Sin alteraciones en la exploración física al ingreso. Se realiza gasometría venosa, que reporta pH 7.55, pCO2 19, pO2 29, lactato 3.2, bicarbonato 15.5 y exceso de base −4.7. Durante un episodio de taquipnea secundario a disnea presenta parestesias en las cuatro extremidades, sensación de muerte inminente, náusea y diaforesis. Mantiene una saturación del 99% en la oximetría de pulso. Se realiza analítica sanguínea que reporta biometría hemática, función renal y hepática sin alteraciones; electrolitos séricos con hipofosfatemia de 1.2 mg/dl e hiperpotasemia de 5.2 mg/dl. Se realiza perfil toxicológico que resulta positivo para cannabinoides. Se decide su ingreso, persistiendo con náusea y vómito incoercible a pesar del uso de ondansetrón 8 mg intravenoso TID y metoclopramida 10 mg TID, así como con taquipnea de hasta 30 r.p.m. con patrón superficial y síntomas relacionados con alcalosis respiratoria.

Debido al antecedente de tuberculosis, se realizó resonancia magnética de cerebro contrastada que no reportó alteraciones. Se realizaron radiografía anteroposterior y tomografía computarizada de tórax de alta resolución, con presencia de cambios relacionados con el antecedente de tuberculosis pleural. Se realizó punción lumbar para descartar tuberculosis meníngea, resultando sin alteraciones en el análisis citoquímico, adenosina desaminasa en líquido cefalorraquídeo negativa; tinciones de Gram y de Ziehl-Nielsen negativas, y cultivos negativos. Examen general de orina sin alteraciones; electrolitos urinarios de 24 horas sin datos compatibles con pérdidas renales de electrolitos. Perfil tiroideo sin alteraciones.

Tabla 1. Versión en español del cuestionario de Nijmegen

A continuación, encontrará unas frases que describen una serie de sensaciones que podemos notar las personas. Lea cada frase atentamente y señale con un círculo la puntuación de 0 a 4 que mejor describa la frecuencia con que usted experimenta dichas sensaciones					
Síntoma	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
Dolor de pecho	x				
Sentirse tenso				x	
Visión borrosa	x				
Vértigo	x				
Confusión o sentir que las cosas que le rodean son irreales	x				
Respiraciones profundas, pero muy rápidas				x	
Respiración entrecortada				x	
Opresión en el pecho				x	
Hinchazón o malestar en el estómago	x				
Hormigueo en dedos y manos			x		
Dificultad para respirar profundamente			x		
Rigidez o calambres en dedos y manos	x				
Tensión o tirantez alrededor de la boca	x				
Manos o pies fríos	x				
Palpitaciones		x			
Ansiedad				x	

Se presentan las respuestas obtenidas durante la aplicación del cuestionario a nuestro paciente, que obtuvo una puntuación de 28.

Tras 4 días de internamiento persiste con episodios de taquipnea, alcalosis respiratoria, hipofosfatemia y sensación de disnea asociados a parestesias peribucales, espasticidad y calambres musculares durante episodios de hiperventilación que ocurren, sin predominio de horario, hasta ocho veces por día. Se realizó reposición de fosfato debido a la presencia de cambios electrocardiográficos por hipofosfatemia < 1 mg/dl.

Al descartar alteraciones orgánicas se realiza interconsulta al servicio de psiquiatría en conjunto con medicina familiar. Se evalúa al paciente con aplicación de la prueba de Nijmegen, obteniendo una puntuación de 28 (Tabla 1). Este cuestionario está integrado por 16 ítems con los siguientes valores: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Una puntuación ≥ 23 se considera diagnóstico de SH con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 95%[5]. Se complementó con un abordaje psicosocial, el cual consistió en la realización de una historia clínica y un familiograma estructural y dinámico (Fig. 1), e interrogatorio intencionado sobre la dinámica familiar y la relación sentimental actual.

En la dinámica familiar destaca tener una relación estrecha, pero conflictiva, con su padre, ya que está en comunicación constante pero desea que el paciente cambie de residencia (a otro Estado), lo que tendría como consecuencia el término de su relación actual o iniciar una relación a distancia, con lo cual el paciente mostró desacuerdo. La relación con su madre es distante posterior al divorcio de sus padres, que fue ocasionado por infidelidad de esta. La relación con su hermano es estrecha. La relación con su pareja es estrecha/romántica.

Se evaluó el ciclo del síntoma (náusea y taquipnea) y se encontró asociación de los síntomas con la situación psicosocial

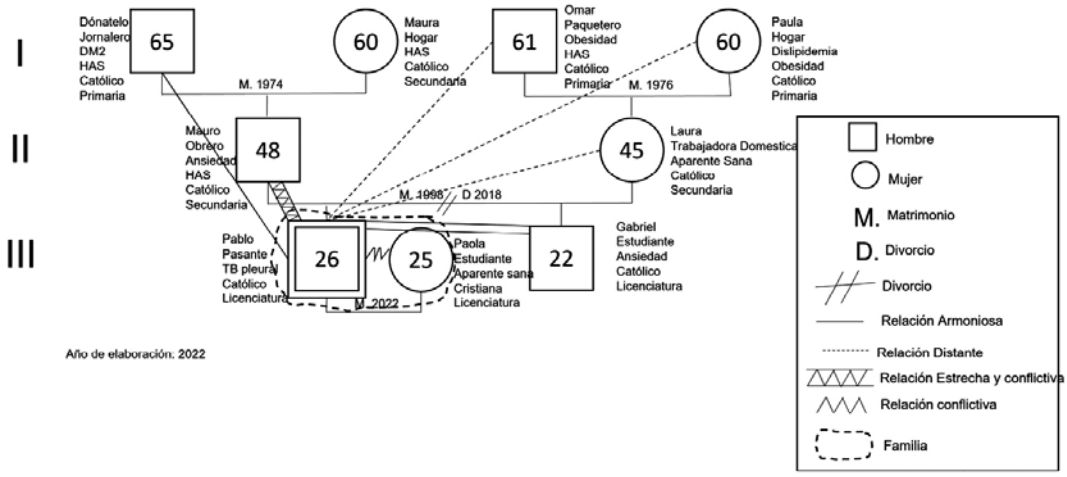


Figura 1. Familiograma estructural y dinámico de tres generaciones.

actual (posible cambio de residencia y relación a distancia o ruptura de la relación sentimental con su pareja). Se logró introducir un nuevo elemento a la secuencia del ciclo (mencionar cinco cosas que observara, escuchara y tocara), aminorando la intensidad de los síntomas y a su vez creando introspección en el paciente sobre el origen de los síntomas. Por último, se utilizó la técnica de solución de problemas, en la cual se formularon preguntas sobre los cambios o soluciones posibles con una evaluación de los pros, los contras y las consecuencias de cada una, con la finalidad de encaminar al paciente a una toma de decisiones. Durante la orientación en la toma de decisiones sobre los posibles cambios en la relación sentimental y la residencia del paciente, él mismo llegó a la resolución del cuestionamiento interno que vivía en el presente, y esto secundariamente ocasionó una disminución en los episodios de hiperventilación y náusea sin haber realizado ningún cambio en la medicación.

Se realizó diagnóstico de SH por trastorno adaptativo con síntomas ansiosos y se inició tratamiento con clonazepam 0.5 mg QD y escitalopram 10 mg QD, con completa resolución de todos los síntomas y posterior corrección de las alteraciones metabólicas. Se dio de alta con seguimiento ambulatorio con terapia cognitivo conductual, sin nuevos episodios de recurrencia.

En las consultas de seguimiento se continuaron formulando preguntas con el objetivo de encaminar al paciente a evaluar sus diferentes opciones, a lo cual mostraba interés en mantener su actual residencia e iniciar una familia con su actual pareja. Se dieron guías anticipadas acerca de la siguiente etapa en el ciclo vital familiar, y sobre la posible crisis normativa por adición se activaron recursos educativos, religiosos, sociales, culturales y económicos. El paciente finalmente decidió cambiar de residencia acompañado de su pareja tras su unión marital; comentó haberlo hablado con su padre, recibiendo rechazo a la decisión en un inicio, pero con posterior aceptación y apoyo. Finalmente se encuentra en etapa de adaptación al nuevo rol y funciones en su familia nuclear.

DISCUSIÓN

Reportamos el caso de un paciente en un hospital del noreste de México con SH en quien se realizó un abordaje biopsicosocial que permitió descartar inicialmente patologías infecciosas, debido a los antecedentes del paciente, con un diagnóstico integrado por psiquiatría y el apoyo del médico familiar. Aunque el SH fue reportado

inicialmente asociado al estrés postraumático[6], también mantiene una asociación con situaciones de ansiedad, depresión y estrés[7], con una prevalencia del 9-10% en la población adulta y siendo más común en las mujeres[8].

Para la realización del diagnóstico son necesarios un interrogatorio y un historial clínico detallados, y la exclusión de causas orgánicas, así como una relación de los periodos cortos de hiperventilación con episodios de ansiedad y su relación con los signos y síntomas asociados al SH[9] (Tabla 2). Las alteraciones electrolíticas en nuestro paciente pueden ser explicadas por la taquipnea, que ocasionó alcalosis respiratoria y alteraciones en el metabolismo del fósforo y potasio, con posterior presentación de síntomas neurológicos[10]. Es necesario señalar que la intoxicación por cannabinoides y el síndrome de abstinencia podían ocasionar confusión en el diagnóstico diferencial de nuestro paciente; sin embargo, la corrección de la sintomatología inmediatamente posterior a la resolución del conflicto psicoemocional nos permitió asociar dichas alteraciones con el SH.

Como parte del abordaje integral, durante la estancia hospitalaria se realizó un familiograma estructural y dinámico de tres generaciones (Fig. 1), y según las categorías de McGoldrick y Gerson[11] se encontró:

- Familia de un solo integrante.
- En la etapa de ciclo vital individual de adulto joven según Erikson.
- Enfermedades repetidas: trastorno de ansiedad, hipertensión arterial y diabetes *mellitus,* relaciones disfuncionales (conflicto entre padres e hijo).
- Como estresores recientes: enfermedad aguda, posible cambio de residencia y término de la relación con la pareja actual.
- Como estresores crónicos: divorcio de padres, relación distante y conflictiva con padres, ser residente foráneo.
- Patrones de relación no valorables al ser una familia de un solo miembro.

Tabla 2. Signos y síntomas asociados al síndrome de hiperventilación

Síntomas	Signos
Disnea	Taquipnea
Parestesias	Uso de músculos accesorios
Mareo	Inspiración enérgica
Palpitaciones	
Espasmos musculares	
Ansiedad	
Sensación de muerte inminente	

Fuente: Benett A. et al.[8] ; Pfortmueller et al.[12]

- Familia balanceada en estructura, roles y recursos.

Dentro de la esfera psicosocial se evidencia un evento estresante asociado a un posible cambio de domicilio, con la consecuente ruptura de la relación actual con su pareja, lo cual se relaciona con el inicio de los síntomas. Por ello consideramos indispensable la participación del médico familiar en los casos como el que aquí presentamos, ya que cuenta con la capacidad de comprender a la persona como un ser biopsicosocial, entendiendo que cada paciente, además de requerir atención médica (aspecto biológico), tiene emociones y sentimientos (aspecto psicológico) que nacen de sus patologías y de sus síntomas, pero también de su contexto familiar (aspecto social), los cuales desempeñan un papel importante en el proceso salud-enfermedad.

CONCLUSIÓN

El abordaje del paciente con hiperventilación fue realizado de forma multidisciplinaria por un equipo formado por las especialidades de medicina interna, psiquiatría y medicina familiar, lo que permitió corregir las alteraciones orgánicas y mejorar la esfera psicológica-social, logrando la remisión de los síntomas sin presentar nuevos episodios durante el periodo de seguimiento.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson J. Hyperventilation: a condition 'begging for recognition'. Br J Occup Ther. 1997;60:537-8.
2. Tavel ME. Hyperventilation syndrome: why is it regularly overlooked? Am J Med. 2021;134:13-5.
3. Taverne J, Salvator H, Leboulch C, Barizien N, Ballester M, Imhaus E, et al. High incidence of hyperventilation syndrome after COVID-19. J Thorac Dis. 2021;13:3918-22.
4. Du Pasquier D, Fellrath J-M, Sauty A. Syndrome d'hyperventilation et respiration dysfonctionnelle: mise à jour. Rev Med Suisse. 2020;16:1243-9.
5. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, De Diego A. Prevalencia del síndrome de hiperventilación en pacientes tratados por asma en una consulta de neumología. Arch Bronconeumol. 2005;41:267-71.
6. Magarian GJ. Hyperventilation syndromes. Medicine. 1982;61: 219-36.
7. Azizmohammad Looha M, Masaebi F, Abedi M, Mohseni N, Fakharian A. The optimal cut-off score of the Nijmegen questionnaire for diagnosing hyperventilation syndrome using a Bayesian model in the absence of a gold standard. Galen Med J. 2020;9:e1738.
8. Bennett A. Hyperventilation syndrome. InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice. 2021;14:246-9. doi:10.1177/1755738020986820
9. Wilson C, Harley C, Steels S. How accurate is the prehospital diagnosis of hyperventilation syndrome? Journal of Paramedic Practice. 2020;12:445-54.
10. García Martín A, Varsavsky M, Cortés Berdonces M, Ávila Rubio V, Alhambra Expósito MR, Novo Rodríguez C, et al. Phosphate disorders and the clinical management of hypophosphatemia and hyperphosphatemia. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2020;67:205-15.
11. McGoldrick M, Gerson R. Genograms in Family Assessment. 1.ª ed. New York: Gedisa SA; 1985.
12. Pfortmueller CA, Pauchard-Neuwerth SE, Leichtle AB, Fiedler GM, Exadaktylos AK, Lindner G. Primary hyperventilation in the emergency department: A first overview. PLOS ONE. 2015;10(6). doi:10.1371/journal.pone.0129562

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:112-116

CASO CLÍNICO

Hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple. Reporte de caso de la Unidad de Medicina Familiar 220

Congenital adrenal hyperplasia virilizing simple. Case Report from Family Medicine Unit 220

Beatriz Archundia-Jiménez[1 a] y Alberto Del Moral-Bernal[2 b*]

[1]Servicio de Pediatría, Hospital General Regional 220; [2]Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 220. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Toluca, Estado de México, México

[a]0000-0002-7365-764X, [b]0000-0001-7647-8578

RESUMEN: Se define la hiperplasia suprarrenal congénita como un grupo de enfermedades hereditarias autosómicas recesivas, producto de la alteración o la ausencia de las enzimas necesarias para la síntesis del cortisol en la corteza adrenal. Se trata de cinco tipos de deficiencias; la deficiencia de 21-hidroxilasa corresponde al 95% de los casos. Además de dichas deficiencias enzimáticas, dentro de las presentaciones clínicas existen casos atípicos, como la no perdedora de sodio y que fue captada en la consulta externa de medicina familiar, donde se hace una detección clínica oportuna, pero además de factores sociofamiliares implicados en el desenlace, dejando evidencia sólida de la gran importancia que tiene el trabajo transdisciplinario en la atención primaria en salud.

Palabras clave: Hiperplasia suprarrenal. 21-hidroxilasa. Atención primaria.

ABSTRACT: Congenital adrenal hyperplasia is defined as a group of autosomal recessive hereditary diseases, product of the alteration or absence of the necessary enzymes for the synthesis of cortisol in the adrenal cortex, there are five types of deficiencies, the deficiency of 21- hydroxylase corresponds to 95% of the cases. In addition to those enzymatic deficiencies, within the presentations clinics, there are atypical cases, such as the non-losing of sodium, and that was captured in the family medicine outpatient clinic where timely clinical detection is made, but in addition to socio-family factors involved in the outcome, leaving solid evidence of the great importance of transdisciplinary work in primary health care.

Keywords: Adrenal Hyperplasia. 21-hidroxylase. Primary health care.

***Correspondencia:**
Alberto Del Moral-Bernal
E-mail: beto.delmoral@gmail.com

Fecha de recepción: 16-01-2023
Fecha de aceptación: 27-03-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:112-116
DOI: 10.24875/RMF.23000010

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia suprarrenal congénita es un grupo de alteraciones genéticas con repercusión patológica y de origen hereditario, de tipo autosómico recesivo, como resultado de la deficiencia de una de las cinco enzimas que se requieren para la síntesis de cortisol en la corteza adrenal. El tipo más frecuente, hasta en el 95% de los casos, es la deficiencia de la enzima 21-hidroxilasa citocromo P450C21, lo cual repercute en la biosíntesis de cortisol y aldosterona, generando una elevación anormal de su sustrato esteroideo 17-hidroxiprogesterona y de andrógenos adrenales.

Existen variedades de presentación clínica, graves (clásicas) y leves (no clásicas), dependiendo de su origen y de la forma específica de deficiencia enzimática. Aquellas que cursan con una deficiencia enzimática absoluta (clásicas) tendrán una repercusión inmediata al nacimiento, con consecuencias y pronóstico sombrío; aquellas no clásicas o que se trata de una deficiencia parcial, muchas veces son un reto diagnóstico porque las manifestaciones pueden ser tardías o incluso permanecer asintomáticas[1].

El objetivo de este reporte es resaltar la presentación atípica de un caso en una niña como no perdedora de sodio y que fue captada en la consulta externa de medicina familiar, donde se hace una detección clínica oportuna, además de factores sociofamiliares implicados en el desenlace[2], dejando evidencia sólida de la gran importancia que tiene el trabajo transdisciplinario en la atención primaria en salud[3].

CASO CLÍNICO

Mujer de 5 años originaria del Estado de México, producto de segunda gesta, perteneciente a una familia (de acuerdo con la clasificación sociodemográfica del Dr. Irigoyen) tradicional, urbana, desintegrada, seminuclear interrumpida, ascendente y en crisis paranormativa por desvalimiento de un hermano por enfermedad renal crónica y la madre como cuidador primario único,



Figura 1. Anormalidad genital y vello en exceso conforme a la edad.

además de un nivel 2 de pobreza familiar y sin redes de apoyo. Sin antecedentes perinatales de importancia, refiere toma de tamiz neonatal al cuarto día de vida, el cual se reportó normal. Cuenta con antecedente heredofamiliar de abuela materna finada por leucemia, de la que se desconoce el tipo[3]. Hace 6 meses se detecta soplo sistólico funcional, el cual se encuentra en seguimiento en cardiopediatría.

Inicia su padecimiento actual a los 6 meses de edad, cuando acude a la consulta de medicina familiar ya que la madre detecta anormalidad genital además de vello en exceso (Fig. 1). Se valora y hay hallazgo clínico de genitales ambiguos, se integra diagnóstico familiar y se deriva a pediatría médica, trabajo social y citas planificadas en medicina familiar; sin embargo, por la problemática familiar deja de acudir. A los 5 años de edad hay aumento del tamaño genital, vello excesivo, anormalidades dentales, astenia, adinamia marcada con hiporexia, además de conducta inusual, y acuden a su unidad de medicina familiar, donde se revisa el historial clínico y en la exploración física se encuentra paciente activa, reactiva, hidratada, adecuada coloración de tegumentos,



Figura 2. Anormalidad característica, hiperplasia de clítoris.

cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin alteraciones, con presencia de genitales ambiguos en estadio 4 de la clasificación de Prader, con Tanner mamario 1 y púbico 3. Peso en percentil 75 y talla en percentil 90[4]. Se determina la sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita y es enviada a la consulta de endocrinología pediátrica para inicio de protocolo de estudio (Fig. 2).

Reporte de paraclínicos: radiográficamente con edad ósea de 11 años, 17-alfa hidroxiprogesterona de 12.32 ng/ml, hormona estimulante del folículo 1.34 mU/ml, tirotropina 3.52 MUI/ml, lutropina 0.12 mUI/ml, progesterona 10.3 ng/ml, testosterona total 4.19 nmol/l, T4 libre 1.07 ng/dl, T4 total 8.7 ng/dl, T3 libre 4.29 pg/ml, T3 total 1.84 ng/dl, sodio 140 mmol/l, potasio 4.27 mmol/l y cloro 104.3 mmol/l (Fig. 3).

Con los datos clínicos y los resultados de los estudios realizados se concluye que se trata de una hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple no perdedora de sodio, por lo que se inicia tratamiento inmediato con esteroide tipo prednisolona, 5 mg al día divididos en 3 mg por la mañana y 2 mg por la noche.



Figura 3. Radiográficamente no hay concordancia con edad cronológica y edad ósea.

Llama la atención de una manera importante el tiempo transcurrido desde la aparición de la virilización de los genitales hasta que se realiza el diagnóstico clínico, observándose compromiso en el núcleo familiar con repercusión biológica, los importantes retos en su seguimiento así como aspectos psicológicos, lo cual es determinante al analizar la importancia del abordaje integral desde la consulta de medicina familiar en conjunto con los otros profesionales de la salud (Fig. 4).

DISCUSIÓN

En México se reporta que la hiperplasia suprarrenal congénita clásica se presenta en 1 por 10,000 a 20,000 recién nacidos, y la forma virilizante simple en 1 por 40,000 recién nacidos. Tiene dos tipos de presentación:

insuficiencia suprarrenal e hiperandrogenismo, que derivan de forma directa o indirecta de la incapacidad de transformar 17-hidroxiprogesterona en 11-desoxicortisol (déficit de secreción del cortisol) y progesterona en 11-desoxicorticosterona (déficit de secreción de aldosterona), elevando de manera importante la 17-hidroxiprogesterona, la androstendiona y la testosterona, así como sus metabolismos respectivos. Clínicamente se clasifica en dos variantes: a) formas clásicas, que típicamente serán perdedoras de sodio y el tipo virilizante simple, y b) formas no clásicas, que pueden ser asintomáticas, sintomáticas o crípticas. Es muy importante resaltar la variante perdedora de sodio, ya que es la expresión más grave de la enfermedad, implicando una deficiencia de cortisol y aldosterona con consecuencias graves para el paciente. En la variante virilizante simple, con un mínimo de actividad enzimática residual, lo que impide que haya pérdida de la homeostasis, se mantienen los niveles de sodio; en el caso particular de las mujeres, son identificadas precozmente por la virilización de los genitales externos, pero los varones y las mujeres con virilización leve suelen diagnosticarse tardíamente al manifestarse los signos de hiperandrogenismo y aparecer una pseudopubertad precoz. Para realizar el diagnóstico se requiere contar con un perfil hormonal, en el cual las concentraciones plasmáticas elevadas de 17-hidroxiprogesterona son > 10 ng/ml y es así como se establece el diagnóstico; si los niveles no son concluyentes, se aconseja la realización de un test de hormona adrenocorticotropa en el que se demuestre la elevación de la 17-hidroxiprogesterona[5-7].

El objetivo del tratamiento es reemplazar la secreción fisiológica de glucocorticoides y mineralocorticoides para evitar la pérdida salina, el control de las manifestaciones clínicas de hiperandrogenismo y, muy importante, prevenir todas las repercusiones que puede haber en la vida adulta. La hidrocortisona es el tratamiento más apegado a la fisiología para el caso de la variante virilizante simple, al tener una potencia similar a la del cortisol endógeno y



Figura 4. Virilización de genitales femeninos.

reporte de mínimos efectos adversos; sin embargo, pueden ser utilizados otros esteroides, como la prednisona o la prednisolona, tomando en cuenta la equivalencia respecto al cortisol endógeno. Las pautas recomendadas varían, pero lo habitual es fraccionar la dosis en dos o tres tomas, con dosis superiores por la mañana[8,9]. Es importante mencionar que los pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita no pueden afrontar una respuesta suficiente de cortisol al estrés y requieren dosis superiores ante una enfermedad febril y cirugía mayor, por lo que es sumamente importante educar, capacitar y explicar con detalle a los familiares esta situación para que sepan actuar de forma adecuada.

De acuerdo con la evolución clínica y la respuesta al tratamiento médico, la mayor parte de las veces las niñas requieren tratamiento quirúrgico[10-12].

El tamiz neonatal, prueba diagnóstica se realiza en México desde 2011, conforme al artículo 61 de la Ley General de Salud y con la normatividad oficial vigente, ofrece la oportunidad de prevenir secuelas y realizar abordajes tempranos; sin embargo, supone complejidades

como la baja especificidad de los métodos analíticos inmunológicos que cuantifican la 17-hidroxiprogesterona y que pueden tener una reacción cruzada con los esteroides. Además, la 17-hidroxiprogesterona puede elevarse por condiciones fisiológicas que generen estrés y también ser secundaria a cualquier enfermedad, sobre todo en recién nacidos prematuros, lo que contribuye a un alto número de notificaciones de casos sospechosos con falsos positivos.

Este caso cobra relevancia por la presentación clínica del tipo virilizante no clásica y que al no ser detectada en el primer año de vida implica un mayor reto diagnóstico y terapéutico, asociado a un impacto destacable entre una crisis familiar y su repercusión biológica, por lo que se considera necesario implementar las habilidades específicas del especialista en medicina familiar para intervenir y dar seguimiento oportuno.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento del paciente con hiperplasia suprarrenal congénita por deficiencia de 21 hidroxilasa. México, 2014. Fecha de acceso 24 , Jülio,2023. Disponible en : Tamizaje, diagnóstico y tratamiento del paciente con hiperplasia suprarrenal congénita por deficiencia de 21 hidroxilasa. México, 2014. Disponible en :https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/715GRR.pdf
2. Malpartida Ampudia M. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Revista Médica Sinergia. 2020;5:e543.
3. Ramírez VI, García AGJE, Irigoyen CA. Conocimiento y actitudes del médico familiar mexicano respecto al método clínico centrado en el paciente y el estudio de la salud familiar. Arch Med Fam. 2017;19:113-20.
4. Labarta Aizpún J, De Arriba Muñoz A, Ferrer Lozano M. Hiperplasia suprarrenal congénita. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2019; 1:141-56.
5. Hinojosa Trejo M, Arguinzoniz Valenzuela S, Herrera Pérez L, Caamal-Parra G, Ibarra-González I, Vela-Amieva M, et al. Aspectos relevantes del tamiz neonatal para hiperplasia suprarrenal congénita. Acta Pediatr Mex. 2018;39:14-24.
6. Rodríguez A, Ezquieta B, Labarta JI, Clemente M, Espino R, Rodriguez A, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con formas clásicas de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa. An Pediatr (Barc). 2017;87:116.e1-e10.
7. Bonilla Fornés S, de Peralta Alonso MG, Fernández Martínez T, Velázquez González M, Acero Cerro CV, Arroyo Díez FJ. Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica: la importancia del abordaje precoz. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2020;(28): 129-30.
8. El-Maouche D, Arlt W, Merke DP. Congenital adrenal hyperplasia. Pediatr Rev. 2009;30:49-57.
9. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Guía para pacientes y familiares con hiperplasia suprarrenal congénita. 2019. Disponible en: http://www.seep.es/privado/ghsc
10. Clemente León MC, Puga González B, Campos Martorell A, Yeste Fernández D. Tratamiento prenatal de la hiperplasia suprarrenal congénita. Rev Esp Endocrinol Pediatr. 2018;9(Supl 1):26-9.
11. Antal Z, Zhou P. Congenital adrenal hyperplasia: diagnosis, evaluation and management. Pediatr Rev. 2009;30:49-57.
12. Haddad N, Eugster E. Peripheral precocious puberty including congenital adrenal hyperplasia: causes, consequences, management and outcomes. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2019;33:101273.

Revista Mexicana de Medicina Familiar

www.revmexmedicinafamiliar.org

Rev Mex Med Fam. 2023;10:117-125

ENSAYO

Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud

Violence against women and its impact on health

Antonio D. Ponte-González[1a], Ana L. Guerrero-Morales[2b] y Geovani López-Ortiz[3c]*

[1]Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México; [2]Unidad de Medicina Familiar 78, Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México; [3]Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. México

[a]0000-0002-3067-5223; [b]0000-0002-9707-924X; [c]0000-0003-0280-0012.

RESUMEN: Comúnmente se considera que la violencia es un problema de índole social cuyo abordaje se restringe únicamente a políticas públicas, por lo que su impacto en la salud ha sido poco estudiado en comparación con la magnitud del problema. En el caso de la violencia ejercida contra la mujer, se ha identificado que esta puede impactar negativamente en su salud física, propiciando con ello el surgimiento de diversas enfermedades mentales, crónicas y degenerativas. Dado este escenario, el objetivo del presente escrito fue analizar el impacto que tiene la violencia ejercida contra la mujer en el desarrollo de las enfermedades antes mencionadas.

Palabras clave: Violencia. Salud de la mujer. Enfermedades.

ABSTRACT: Violence is commonly considered a social problem whose approach is restricted only to public policies, so its impact on health has been seldom studied compared to the magnitude of the problem. However, in the case of violence against women, it has been identified that it can harm their physical health, thereby promoting the emergence of various mental, chronic and infectious diseases. Given this scenario, the objective of this article was to analyze the impact of violence against women in the development of the diseases mentioned above.

Keywords: Violence. Women's Health. Diseases.

***Correspondencia:**
Geovani López-Ortiz
E-mail: geovani.lorz@fmposgrado.unam.mx

Fecha de recepción: 20-10-2022
Fecha de aceptación: 23-04-2023

Disponible en internet: 14-09-2023
Rev Mex Med Fam. 2023;10:117-125
DOI: 10.24875/RMF.22000099

2007-9710 / © 2023 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer, en sus distintas manifestaciones, es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. Las estimaciones globales publicadas por la Organización Mundial de la Salud indican que cerca del 35% de las mujeres en todo el mundo han experimentado violencia física o sexual de pareja, o fuera de ella, a lo largo de su vida[1].

Se ha señalado que la violencia, independientemente de su forma, puede afectar de manera negativa la salud física, mental y sexual de las mujeres[2]. Diversos estudios han reportado un vínculo potencial entre la violencia de pareja y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipidemia y otras enfermedades no transmisibles[3-6].

La base bioquímica de este fenómeno puede estar asociada a la producción de citocinas proinflamatorias y hormonas de respuesta al estrés, las cuales contribuyen de manera importante en el surgimiento y el desarrollo de enfermedades crónicas[5,6]. No obstante este escenario, existen pocos estudios centrados en determinar posibles asociaciones entre la violencia y alteraciones metabólicas, así como de otros padecimientos. Por ello, el objetivo del presente escrito es analizar el impacto que tiene la violencia contra la mujer en el desarrollo de enfermedades mentales, crónicas y degenerativas.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN SUS DISTINTAS MANIFESTACIONES

El impacto de la violencia en las mujeres ha sido ampliamente documentado. El Instituto Nacional de Salud Pública desarrolló la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y ha señalado que la violencia a lo largo del ciclo de vida toma diferentes expresiones, lo que tiene como consecuencia que la mayoría de las mujeres experimente más de un tipo de violencia, la cual puede manifestarse desde antes del nacimiento hasta la senectud (Fig. 1)[7,8].

Globalmente se estima que el 40% de los asesinatos en mujeres son cometidos por sus parejas, mientras que el 12% de las mujeres han presentado al menos un episodio de abuso sexual por alguien que no era su pareja. Estos valores cambian de acuerdo con estratos los socioeconómicos así como con la nacionalidad y los ingresos económicos de los países. En este sentido, se calcula que el porcentaje de mujeres que han experimentado violencia en su vida en Norteamérica es del 7-36%, en América Latina y el Caribe el 14-50%, en Europa el 13-38%, en África el 16-60%, en Asia el 28-67% y en Oceanía el 17-68%. De 2004 a 2014 se duplicó la cifra de países que reportaron cifras de violencia contra la mujer, pasando de 44 a 89 países[9-11].

En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reportó que cerca de un 66% de las mujeres del país han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, y que el 43.2% de las mujeres mayores de 15 años sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja durante su última relación. De estas, el 37.5% declararon haber recibido agresiones psicológicas, mientras que 2 de cada 10 mujeres sufrieron algún tipo de violencia física que provocó daños temporales o permanentes[12].

La Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, durante 2019, en su informe sobre violencia contra las mujeres, reportó que el delito de feminicidio registró más de 946 casos, lo cual fue más del doble que en 2015[13]. El número de llamadas de emergencia al 911 fue de 12,218,980, de las cuales el 2.17% fueron por violencia contra la mujer, el 0.9% por abuso sexual, el 0.08% por acoso u hostigamiento sexual, el 0.02% por violación, el 3.78% por violencia de pareja y el 8.54% por violencia familiar[14]. En México, estos valores incrementaron notablemente durante la pandemia de COVID-19, con un promedio diario de 11 muertes violentas en mujeres; a finales de 2020, la suma total de fallecimientos por estas causas ascendió a 3752[15].

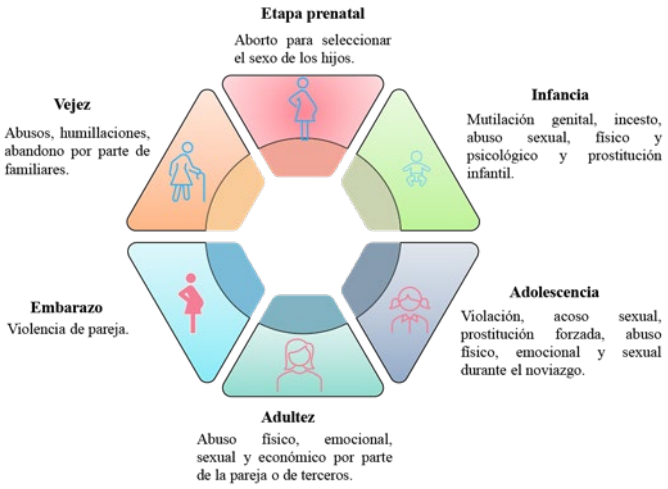


Figura 1. Ciclo de vida de la mujer y tipos de violencia que caracterizan a las diferentes etapas.



Figura 2. Tipos de violencia ejercida contra la mujer.

SUBTIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) enunció las distintas formas de violencia contra la mujer (Fig. 2)[16,17]. La violencia en el ámbito de la pareja es la forma más común de violencia en las mujeres en todo el mundo, y por lo tanto la más normalizada. Sus subtipos incluyen violencia física, psicológica, económica y sexual[16,17].

IMPACTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA SALUD

El impacto de la violencia interpersonal en la salud mental y en el bienestar de la mujer es evidente a corto y largo plazo. La violencia o el trauma interpersonal hace que las mujeres sean vulnerables a una variedad de trastornos psiquiátricos, como los depresivos, de ansiedad, por estrés postraumático, alimentarios, somatomorfos, por uso de sustancias, de la personalidad e insomnio, así como suicidio y efectos negativos en la salud sexual y reproductiva, y en la salud autoevaluada[18-20].

En cuanto al aspecto biológico o físico, se ha señalado que las mujeres que sufren violencia física o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más enfermedades de carácter físico que las que no son víctimas de tal violencia. Los efectos más directos y visibles de la violencia son las lesiones físicas, pero los malos tratos suelen

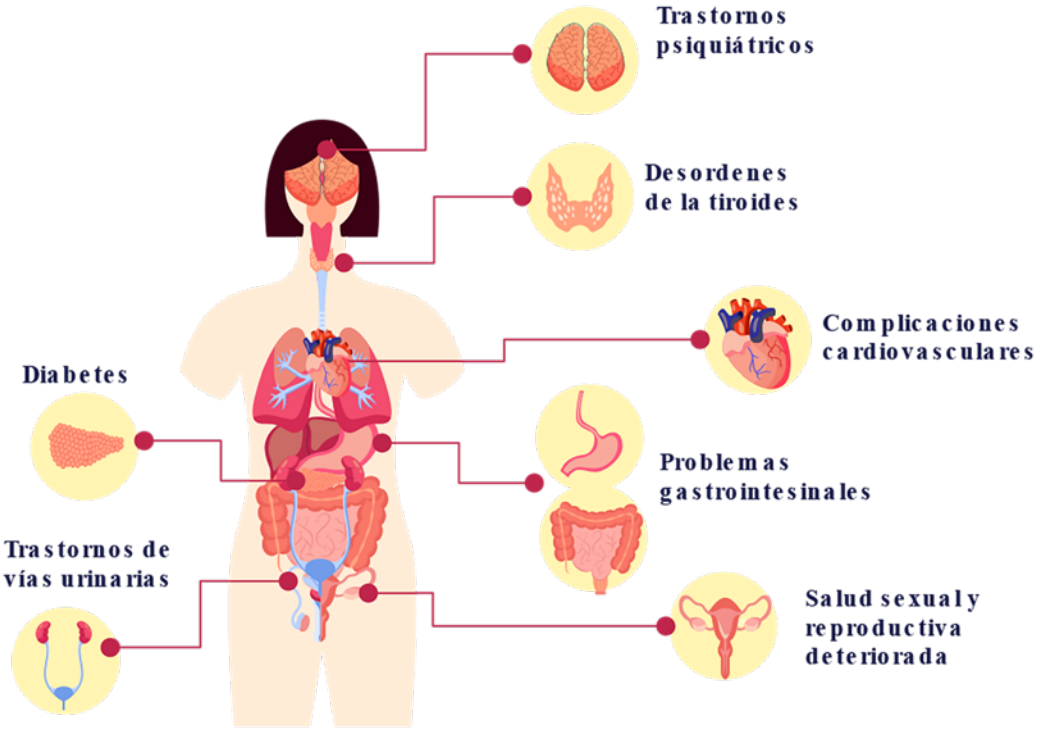


Figura 3. Alteraciones sistémicas relacionadas con la violencia ejercida contra la mujer.

ser hechos repetidos a lo largo del tiempo que tienen una influencia notable en la salud mental de las mujeres afectadas[21,22].

Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden ocasionar problemas de salud crónicos. Se han descrito problemas de salud física, como limitaciones funcionales físicas, mayor número de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, así como mayor uso de los servicios sanitarios; además, se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, dolor crónico, trastornos gastrointestinales y de las vías urinarias, quejas somáticas, fibromialgia, dolores reumáticos (como cervicalgia o lumbalgia crónica y artritis), así como complicaciones cardiovasculares, como infarto de miocardio y angina de pecho, además de síntomas neurológicos recurrentes, como balbuceo y tartamudeo incipientes, pérdida de audición, problemas visuales, cefaleas y migrañas (Fig. 3)[4,23].

ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS EN LA MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA

Varias secuelas de la violencia contra la mujer, como la depresión, la ansiedad y la alteración del sueño, pueden aumentar el riesgo de enfermedades mediante cambios fisiológicos. Un posible mecanismo bioquímico por el cual estas secuelas aumentan el riesgo de enfermedades se asocia a los niveles de citocinas proinflamatorias, las cuales tienen una función adaptativa para combatir las infecciones y reparar los tejidos lesionados. Sin embargo, se han detectado niveles crónicamente altos de estas citocinas en una amplia gama de enfermedades, principalmente cardiovasculares, en las que se relacionan cambios en la frecuencia cardiaca, hiperglucemia y presión arterial que desencadenan diabetes e hipertensión[5,6].

También se han encontrado niveles más altos de prolactina, lo que aumenta los padecimientos relacionados con la salud mental, como depresión, ansiedad y disminución del

deseo sexual. Las cantidades de cortisol son más altas, así como los niveles de biomarcadores específicos de aterosclerosis (P-selectina, E-selectina y MCP-1). La hormona liberadora de corticotropina (CRH) es un péptido esencial en la activación de la glándula pituitaria y una hormona peptídica relacionada con el comportamiento, en particular con la respuesta de «lucha o huida» ante una amenaza percibida, y un posible resultado de la violencia es la mayor producción de CRH y una mayor sensación de miedo. La activación del cortisol durante los momentos de miedo aumenta la producción de CRH en regiones del cerebro (amígdala) que están relacionadas con el miedo[6,24].

ASOCIACIÓN DE LA VIOLENCIA CON ALTERACIONES METABÓLICAS

Como se mencionó previamente, diversas investigaciones han correlacionado la violencia contra la mujer con el desarrollo de diversas enfermedades, como cáncer, enfermedades cardiometabólicas y mentales, así como dolor crónico, problemas digestivos, obesidad y otras. En la tabla 1[25-32] se resumen los estudios que han relacionado diversos tipos de violencia contra la mujer y sus principales efectos en la salud.

Dado el impacto que tiene la violencia ejercida contra la mujer, se requieren estudios más amplios que analicen las consecuencias de las conductas antisociales en la salud[33]. Los niveles de violencia en México son devastadores, de acuerdo con la serie histórica del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), de 2011 a 2021 fueron asesinadas 319,394 personas en el país (Fig. 4)[34], y a esto se suma el número de desaparecidos, que ascienden a más de 100,000[35]. A estas cifras hay que añadir la cantidad de personas (familiares, amigos, colaboradores, etc.) que han visto afectada su salud por la pérdida de un ser querido o por su desaparición. Asimismo, se ha señalado que la probabilidad de utilización de los servicios de salud incrementa un 5.2% con cada homicidio adicional por cada 100,000 habitantes[33]. Estos valores son un indicativo de la magnitud del problema de la violencia en la salud y de la necesidad de que, en paralelo a las políticas públicas, se generen también políticas de salud para su atención.

DISCUSIÓN

La violencia hacia la mujer es un fenómeno multifacético que necesita un abordaje integral y coordinado de múltiples sectores gubernamentales y sociales[36,37]. Debido a sus efectos en la salud, es importante considerar el papel que tiene la medicina familiar, así como otras especialidades de atención primaria y profesionales de la salud, para su contención y atenuación[38]. Una de las formas o campos de acción disponibles en el ámbito de la atención primaria para hacer frente a este problema es la identificación temprana de signos de abuso. Se ha señalado que muchas mujeres no presentan síntomas directamente atribuibles a la violencia, pero que pueden ser un indicativo de esta; tales síntomas abarcan dolor crónico, trastornos de sueño o trastornos mentales. Además de esto, los médicos de atención primaria y otros profesionales de la salud pueden ser un factor decisivo en la prevención de la violencia hacia la mujer al proporcionar educación, apoyo emocional y recursos a las pacientes sobre lo que implica la violencia de género y sus consecuencias en la salud. Esto puede incluir identificación de signos de abuso, cómo evitarlo, opciones de tratamiento, así como terapias y grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia, refugios para mujeres y niños, y servicios de asesoramiento legal[38-41].

Todo lo anterior lleva a una serie de situaciones susceptibles de ser estudiadas y analizadas. Desde el ámbito de la medicina familiar es necesario generar investigaciones centradas en abordar este problema, por lo que es importante generar estudios enfocados en la identificación temprana de factores de riesgo y protección relacionados

Tabla 1. Violencia contra la mujer y su impacto en la salud

Fuente	Tipo de estudio	n (% de violencia detectada en la muestra)	Tipo de violencia	Efectos en la salud
Hawcroft et al.[25]	Revisión sistemática y metaanálisis	19,101 mujeres de 10 países (73.3%)	Violencia intrafamiliar	Mayores probabilidades de resultados de salud adversos, como depresión (OR: 3.3), problemas de sueño (OR: 3.2), abortos (OR: 3.5), dolor (OR: 2.6) e hipertensión (OR: 1.6)
Fisher y Regan[26]	Transversal	842 (47%)	Abuso psicológico físico o sexual	Mayores problemas en huesos o articulaciones, trastornos digestivos, depresión o ansiedad, dolor crónico y presión arterial alta o problemas cardíacos
Flores-Torres et al.[27]	Transversal	634 (38.3%)	Diversos tipos de violencia (física, sexual)	Mayor grosor íntima-media de la carótida (diferencia porcentual media ajustada = 2.4%) y aterosclerosis subclínica (razón de posibilidades ajustada = 1.60); incremento en las tasas de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes o hiperglucemia
Weitzman y Goosby[28]	Transversal	42,126 (31.0%)	Violencia de pareja severa	Mayor riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardíacas, trastornos de la tiroides y cáncer
Gass et al.[29]	Transversal	1080 (29.3%)	Violencia de pareja	Incremento en comportamientos de riesgo para la salud (fumar, consumo de alcohol y uso de sedantes no médicos, analgésicos y cannabis) y comportamientos de búsqueda de salud (visitas recientes a un médico o curandero); sin asociación con enfermedades físicas crónicas
Coker et al.[30]	Transversal	6790 (28.9%)	Violencia física, psicológica, sexual	Mayor presencia de síntomas depresivos, uso de sustancias, así como enfermedades crónicas (hipertensión o enfermedad cardíaca, diabetes, artritis o enfermedad del tejido conectivo, asma o enfisema, y cáncer), enfermedades mentales y lesiones
Coll-Vinent et al.[31]	Transversal	125 (21.6%)	Violencia de pareja	Mayor frecuencia de síndrome ansioso-depresivo, peor control de hipertensión arterial y mayor dislipidemia
Vives-Cases et al.32		13,094 (2.14%)	Violencia de pareja	La probabilidad de enfermedad coronaria (OR: 5.28), dolor de cuello crónico (OR: 2.01) y dolor de espalda (OR: 2.34) fue mayor entre las mujeres que informaron violencia que entre las que no lo hicieron; la hipertensión se presentó en el 16.5% de las mujeres violentadas y trastornos mentales

OR: *odds ratio.*

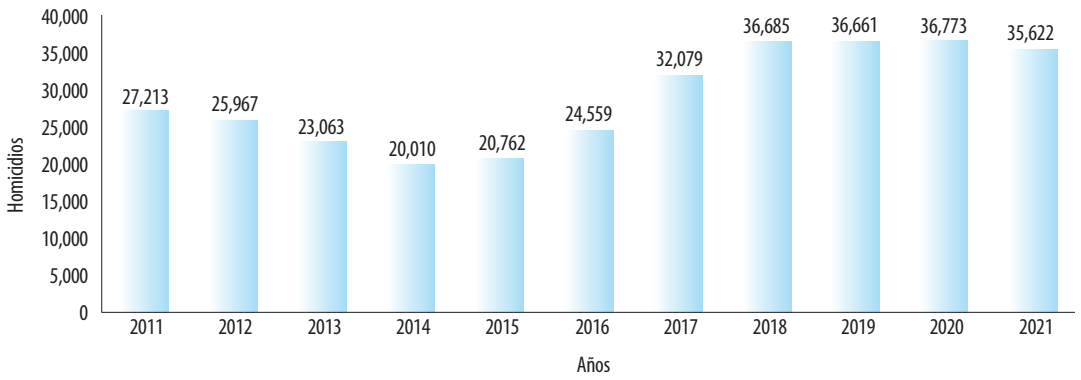


Figura 4. Serie histórica de homicidios en México de 2011 a 2021, de acuerdo con el INEGI.

con la violencia hacia la mujer; las consecuencias en la salud a corto, mediano y largo plazo; el manejo clínico y psicológico; las estrategias para prevenir este problema desde el primer nivel de atención; análisis de los factores que impiden denunciar, ejercer o aceptar la violencia; evaluación de la atención y el conocimiento de este problema por parte de los médicos de atención primaria; y el efecto de las experiencias infantiles adversas en el desarrollo y la normalización de esta conducta[38,42-44].

La violencia hacia la mujer es un fenómeno social y un problema de salud pública. En su manifestación convergen diversos factores históricos, sociales, culturales, políticos, educativos, biológicos y económicos, y por tal motivo su erradicación dependerá de cómo sean abordados estos factores de manera independiente y correlacionada. La cultura patriarcal arraigada en diferentes regiones, aunada a los altos índices de impunidad, provocan que la violencia hacia las mujeres se perpetúe en sus diversas formas, por lo que la tríada de prevención, atención y sanción debe guiar los esfuerzos institucionales por erradicar este problema[45].

Para que la prevención sea efectiva debe involucrar a diferentes actores sociales y abarcar los diferentes grupos etarios, incluidos los infantes, con el fin de crear, promover y fortalecer una cultura de respeto, donde la violencia hacia la mujer sea reprobable, injustificable y punible en cualquiera de sus formas[46]. Esto dependerá de la voluntad política y social que se tenga para atender sus causas y efectos.

La atención de este fenómeno debe estar coordinada a lo largo de diferentes etapas y niveles de gobierno, e involucrar a la sociedad en su conjunto. Al respecto, tienen que fortalecerse e impulsarse servicios de atención médica y psicológica eficientes para detectar signos y síntomas de violencia y poder dar tratamiento y ayuda dependiendo de su gravedad. En paralelo a ello, deben desarrollarse programas de apoyo y refugios para las mujeres que sufren violencia y que son rehenes de sus perpetradores. Respecto a esto último, se ha señalado que los mayores índices de violencia ejercida contra las mujeres se dan en poblaciones marginadas y vulnerables, como es el caso de las mujeres con escasa preparación académica, discapacitadas, con limitaciones económicas, indígenas, refugiadas, inmigrantes y mujeres trans[47]. Esto puede explicar, en parte, por qué en México muchas víctimas no denuncian la violencia ejercida contra ellas, ya que entre las causas más frecuentes se encuentran la vergüenza, la falta de confianza en las autoridades y la revictimización por parte de estas al presentar denuncias, el miedo a represalias, y la falta de apoyo social y económico para salir de ciclos de violencia[48]. Los efectos de las subdenuncias influyen de manera notoria en su caracterización y visibilidad, y propician que la violencia se perpetúe.

Por otra parte, en términos de sanción, es importante que exista un marco legal que dé certeza jurídica a las mujeres que han sido víctimas de violencia, para que las autoridades actúen y sancionen tales actos y eviten reincidencias por parte de sus perpetradores[48].

Además de lo anterior, la violencia hacia la mujer se ve impulsada también por diferentes conductas y situaciones, como son el abuso de sustancias, las cuales pueden incrementar los niveles de violencia, así como el estrés económico (desempleo o inestabilidad financiera), expectativas tradicionales de género, aislamiento social, violencia interpersonal y experiencias infantiles adversas[49-52]. Respecto a estos dos últimos fenómenos, México ha experimentado un crecimiento importante de la violencia en las últimas décadas y esta se ha constituido como la principal causa de muerte en hombres de 15 a 49 años[53]; esto, de manera directa e indirecta, ha permeado en la sociedad mexicana y ha llevado a normalizar la violencia en cualquiera de sus formas. En cuanto a las experiencias infantiles adversas, se ha señalado que las personas que sufrieron eventos violentos en su infancia pueden presentar mayor riesgo de perpetrar o normalizar la violencia en la edad adulta[52]; por ello, el enfoque para erradicar este problema

debe contemplar de manera ineludible la educación infantil, así como evitar que este grupo etario sufra violencia para que en la edad adulta no repita patrones de violencia (o los acepte), y con ello romper ciclos que de otra manera tenderán a repetirse, ya sea por emulación o por normalización.

CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo se ha considerado que los problemas de violencia se restringen únicamente a un aspecto social, sin contemplar de manera integral las causas de este fenómeno ni sus consecuencias. No hacerlo limita nuestra visión y capacidad de respuesta a un problema de gran magnitud que no se aborda con la urgencia ni con la aproximación necesaria para su erradicación. Una de las mayores ventajas de la medicina familiar en el abordaje de las enfermedades es su aproximación sistémica e integral; su enfoque holístico permite analizar desde una perspectiva más amplia los problemas aquí expuestos. La identificación y la atención a la violencia hacia la mujer, así como a otros tipos de violencia, deben ser una prioridad en el primer nivel de atención, dado su incremento y sus efectos en la salud, en particular en países como México, donde la violencia ha alcanzado niveles alarmantes.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Violence against women 2017. (Consultado el 22-07-2021.) Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.
2. García-Moreno C, Stöckl H. Violence against women. En: International Encyclopedia of Public Health. p. 337-43. (Consultado el 19-10-2022.) Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128036785004835.
3. Stene LE, Jacobsen GW, Dyb G, Tverdal A, Schei B. Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: a population-based cohort study. J Womens Health (Larchmt). 2013;22:250-8.
4. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria. 2004;34:117-24.
5. Kendall-Tackett KA. Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women: the role of depression, hostility, and sleep disturbance. Trauma Violence Abus. 2007;8:117-26.
6. Horan DL, Hill LD, Schulkin J. Childhood sexual abuse and preterm labor in adulthood: an endocrinological hypothesis. Womens Health Issues. 2000;10:27-33.
7. Organización de las Naciones Unidas. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. (Consultado el 22-09-2022.) Disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence.
8. Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México. 2004. (Consultado el 23-09-2022.) Disponible en: https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/648-violencia-contra-las-mujeres.html.
9. Organización de Naciones Unidas. Secretaría General. Violencia contra las mujeres: la situación. 2009. (Consultado el 24-07-2022.) Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW.Spanish.pdf
10. Organización de las Naciones Unidas. Hechos y cifras: poner fin a la violencia contra las mujeres. 2020. (Consultado el 22-07-2022.) Disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures.
11. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. (Consultado el 23-09-2021.) Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados. (Consultado el 24-09-2022.) Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/.
13. Desigualdad en cifras. INMUJERES. (Consultado el 23-09-2021.) Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA5N10.pdf.
14. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Informe sobre violencia contra las mujeres 2019. (Consultado el 25-09-2022.) Disponible en: http://www.informeseguridad.cns.gob.mx/.
15. Desigualdad en cifras. INMUJERES. (Consultado el 22-07-2022.) Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA7N03%20Para%20Publicar%20con%20vo%20bo.pdf.
16. García-Moreno C, Stöckl H. Violence against women. Int Encycl Public Health. 2016;337-43.
17. Yugueros García A. La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. Rev Castellano-Manchega Ciencias Soc. 2014;18:147-59.
18. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. Curr Opin Psychiatry. 2015;28:350-6.
19. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obst Gynaecol. 2008;28:266-71.
20. Al Dosary A. Health impact of domestic violence against Saudi women: cross sectional study. Int J Health Sci. 2016;10:165-73.

21. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ Open. 2018;8:e019995.
22. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. PLoS One. 2019;14:e0221049.
23. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin. 2004;122:461-7.
24. Symes L, McFarlane J, Frazier L, Henderson-Everhardus MC, McGlory G, Watson KB, et al. Exploring violence against women and adverse health outcomes in middle age to promote women's health. Crit Care Nurs Q. 2010;33:233-43.
25. Hawcroft C, Hughes R, Shaheen A, Usta J, Elkadi H, Dalton T, et al. Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2019;19:315.
26. Fisher BS, Regan SL. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. Gerontologist. 2006;46:200-9.
27. Flores-Torres MH, Lynch R, López-Ridaura R, Yunes E, Monge A, Ortiz-Panozo E, et al. Exposure to violence and carotid artery intima-media thickness in Mexican women. J Am Heart Assoc. 2017;6:e006249.
28. Weitzman A, Goosby BJ. Intimate partner violence, circulating glucose, and non-communicable disease: adding insult to injury? SSM Popul Health. 2020;13:100701.
29. Gass JD, Stein DJ, Williams DR, Seedat S. Gender differences in risk for intimate partner violence among South African adults. J Interpers Violence. 2011;26:2764-89.
30. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002;23:260-8.
31. Coll-Vinent B, Martí G, Calderón S, Martínez B, Céspedes F, Fuenzalida C. Domestic violence against women patients seen with chest pain in the emergency department. Semergen. 2019;45:23-9.
32. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. J Public Health. 2011;33:15-21.
33. Vargas LX, Richmond TS, Allen HL, Meisel ZF. A longitudinal analysis of violence and healthcare service utilization in Mexico. Int J Equity Health. 2021;20:75.
34. INEGI. Comunicado de prensa núm. 376/22. (Consultado el 22-09-2022.) Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/DH/DH2021.pdf.
35. Naciones Unidas. Declaraciones. (Consultado el 22-09-2022.) Disponible en: https://www.ohchr.org/es/statements/2022/05/mexico-dark-landmark-100000-disappearances-reflects-pattern-impunity-un-experts.
36. Rahme C, Haddad C, Akel M, Khoury C, Obeid H, Obeid S, et al. Factors associated with violence against women in a representative sample of the Lebanese population: results of a cross-sectional study. Arch Womens Ment Health. 2021;24:63-72.
37. Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic violence. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. (Consultado el 03-04-2023.) Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/.
38. Arboit J, Padoin SM de M, Vieira LB. Violence against women in primary health care: potentialities and limitations to identification. Aten Primaria. 2020;52:14-21.
39. Dowrick A, Feder G, Kelly M. Boundary-work and the distribution of care for survivors of domestic violence and abuse in primary care settings: perspectives from U.K. clinicians. Qual Health Res. 2021;31:1697-709.
40. Pitt K, Dheensa S, Feder G, Johnson E, Man MS, Roy J, et al. Sharing reports about domestic violence and abuse with general practitioners: a qualitative interview study. BMC Fam Pract. 2020;21:117.
41. Keynejad R, Baker N, Lindenberg U, Pitt K, Boyle A, Hawcroft C. Identifying and responding to domestic violence and abuse in healthcare settings. BMJ. 2021;373:n1047.
42. Purwaningtyas NH, Wiwaha G, Setiawati EP, Arya IFD. The role of primary healthcare physicians in violence against women intervention program in Indonesia. BMC Fam Pract. 2019;20:168.
43. dos Santos IB, Leite FMC, Amorim MHC, Maciel PMA, Gigante DP. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25:1935-46.
44. Reibling ET, Distelberg B, Guptill M, Hernández BC. Intimate partner violence experienced by physicians. J Prim Care Community Health. 2020;11:215013272096507.
45. Essayag S. Policies to end violence against women in Latin America and the Caribbean. (Consultado el 02-04-2023.) Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/from_commitment_to_action_policies_to_end_vaw_in_latin_america_and_the_caribbean.pdf.
46. World Health Organization. Seven strategies to prevent violence against women (Consultado el 02-04-2023.) Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324967/WHO-RHR-19.11-eng.pdf.
47. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet. 2022;399:803-13.
48. Violencia contra las mujeres en México. Informe del OCNF, CDD y REDTDT al Comité CEDAW. (Consultado el 02-04-2023.) Disponible en: https://www.observatoriofeminicidiomexico.org/post/violencia-contra-las-mujeres-en-méxico-informe-del-ocnf-cdd-y-redtdt-al-comité-cedaw.
49. Fulu E, Miedema S. Violence against women: globalizing the integrated ecological model. Violence Women. 2015;21:1431-55.
50. Radcliffe P, Gadd D, Henderson J, Love B, Stephens-Lewis D, Johnson A, et al. What role does substance use play in intimate partner violence? A narrative analysis of in-depth interviews with men in substance use treatment and their current or former female partner. J Interpers Violence. 2021;36:10285-313.
51. Montesanti SR. The role of structural and interpersonal violence in the lives of women: a conceptual shift in prevention of gender-based violence. BMC Womens Health. 2015;15:93.
52. Willie TC, Kershaw T, Sullivan TP. The impact of adverse childhood events on the sexual and mental health of women experiencing intimate partner violence. J Interpers Violence. 2021;36:5145-66.
53. BD Compare Institute for Health Metrics and Evaluation. (Consultado el 02-04-2023.) Disponible en: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare.

El día 20 de agosto del 2023, dejo de existir la Dra. Celina Gómez Gómez, médico familiar, profesora jubilada del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo Léon, doctorada en Medicina y experta en Ética Médica. Notable persona con grandes cualidades humanas. Descanse en paz.

