

Revista Médica MD

ISSN 2007-2953

Medicina de primer contacto



Bajo la sombra
de un Bodhi
40 cm * 50 cm
Óleo/tela
2014

Artículo original

Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención
Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60

Artículo de revisión

El médico familiar y sus herramientas

Directorio editorial

Dirección General

Alvaro López Íñiguez

Editor en Jefe

Javier Soto Vargas

Editores por sección

Edición literaria

Norma Gisel De León Peguero
Fernando Emmanuel Herrera Aguilar
Roberto Miranda de la Torre
Liliana Martínez Vázquez
Luis Daniel Salgado Lozada

Trabajos Originales

Rafael Antonio Cansino Vega
Rubén Daniel Esqueda Godoy

Medicina Interna

Sarai Delgado Pelayo
Martín Alejandro Gallegos Ríos
Luis Miguel Morfín Plascencia
Jorge Casal Sánchez

Cirugía

Víctor Hugo Sainz Escárrega
Emmanuel Mercado Núñez

Pediatría

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso
Francisco Jaffet Ramírez Ramírez
Claudia Gómez Elías

Ginecología y Obstetricia

Rosa María Hernández Vega

Casos Clínicos

Sulei Bautista González
Diego Antonio Preciado Estrella
Damián Arellano Contreras

Traducción Literaria

Enrique Daniel Gallo Sandoval
David Enrique Carmona Navarro
Tania Fernández Chávez

Comité de diseño

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso
Adriana Valle Rodríguez
Andrea Castro Gallegos
Carlos Miguel González Valencia
Alberto Álvarez Gutiérrez
Jesús Rodríguez Salcido
Erik Zamudio López

Comité de difusión y divulgación

Luis Manchego Serur
Evelin del Rocio López Íñiguez
Jesús Gerardo Tostado Sánchez

Respaldo académico institucional

OPD Hospitales Civiles de Guadalajara

Director General

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCFEA

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCJIM

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Subdirector General de Enseñanza e Investigación

M.S.P. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCFEA

Dr. Claudia Margarita Ascencio Tene

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCJIM

Dr. José Víctor Orozco Monroy

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Jaime Andrade Villanueva

Secretario Académico

Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán

Secretario Administrativo

Mtra. Saralyn López y Taylor

Coordinador de la Carrera de Medicina

Dr. Eduardo Gómez Sánchez

REVISTA MEDICA MD, Año 6, Número 4, mayo a julio 2015, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2014-101310041400-102. ISSN: ISSN 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de julio de 2015.

Con respaldo académico del OPD Hospitales Civiles de Guadalajara y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas. Indizada y compilada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas de Latinoamérica IMBIOMED, en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal LATINDEX, Medigraphic Literatura Biomédica, en el Índice de Citaciones Latinoamericanas (INCILAT), E-revistas Plataforma Open Access de revistas electrónicas españolas y latinoamericanas y Gale-Cengage Learning subdivisión de National Geographic.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Revista Médica MD.

Editorial

Mensaje del Comité Editorial	234
Importancia de la planeación estratégica en los servicios de salud Jaime Eduardo Guzmán-Pantoja	235
Trascendencia e importancia de la atención integral en el modelo de medicina familiar Elsa Armida Gutiérrez-Román	236

Artículos originales

Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Laura Andrea López-Trejo, Clara Elizabeth Mariscal-Rivera, Laura Nohemi Hernández-Rivera y Rosalba Orozco-Sandoval	237
Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de 35 a 74 años con diabetes mellitus tipo 2 Laura Rocío Flores-Alvarado, Julieta Moreno-Vargas, Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Rosalba Orozco-Sandoval	242
Prevalencia de síndrome de intestino irritable según los criterios Roma III en residentes de la especialidad de Medicina Familiar Edna Gabriela Delgado-Quiñonez, Jessica Hernández-Calderón, Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Paulina Cervantes-Sánchez y Joana Kareli Ramírez-Ramos	248
Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Víctor Miguel Martín del Campo-Guzmán	253
Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60 años Laura Andrea López-Trejo, Rosalba Orozco-Sandoval, Carlos Alberto Borboa-García y Laura Rocío Flores-Alvarado	258
Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Carlina Pulido-Guerrero, Cristina Navarro-Sandoval,	263

Páginas

Páginas

Wendy Guadalupe Rivera-Valdivia y Minerva Natalia Sahagún-Cueva	
Prevalencia de los gérmenes más frecuentes en pacientes con cervicovaginitis primer nivel de atención Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Wendy Guadalupe Rivera-Valdivia, Cristina Navarro-Sandoval, Carlina Pulido-Guerrero y Reina Anahí Angulo-Valenzuelas	268
Prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidades en pacientes de 30 a 64 años de edad Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Rosa María Hernández-Vega	273
Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años Joana Kareli Ramírez-Ramos, Carlos Borboa-García, Edna Gabriela-Delgado Quiñones, Manuel Salvador Valdeolivar-Hernández, Jessica Hernández-Calderón y Paulina Cervantes-Sánchez	280
Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Blanca Angélica Martínez-Castillo, Edna Gabriela Delgado-Quiñones y César Gerónimo Salamanca-Rodríguez	285
Prevalencia de gérmenes de transmisión sexual encontrados en mujeres de 15 a 49 años Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, María de los Ángeles Hernández-Godínez, Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Blanca Angélica Martínez-Castillo y César Gerónimo Salamanca-Rodríguez	290

Artículos de revisión

El médico familiar y sus herramientas Carlos Alfonso Román-López, Reyna Anahy Angulo-Valenzuela, Gustavo Figueroa-Hernández, María De Los Ángeles Hernández-Godínez	294
Síndrome de Intestino Irritable, un padecimiento con enfoque integral Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Paulina Cervantes-Sánchez, Jessica Hernández-Calderón y Joana Kareli Ramírez-Ramos	300

Reporte de caso

Enfermedad de Ritter en un recién nacido. Reporte de un caso 307

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Carlina Pulido-Guerrero, Cristina Navarro-Sandoval, Wendy Guadalupe Rivera-Valdivia

Esporotricosis en un anciano. Reporte de un caso 311

Lizbeth Carlota Uriostegui-Espíritu, Rosalba Orozco-Sandoval, María Magdalena Sánchez-Ulloa y Libia Elba de Dios-Sánchez

Calcifilaxis: Reporte de caso y revisión en la literatura 314

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Tania Friné Jiménez-Mayagoitia, Laura Noemí Hernández-Rivera

Imagen clínica

Pielonefritis Enfisematosa 318

Soria-Orozco Manuel, Valerdi-Contreras Lorena, López-Íñiguez Álvaro

Condroma en pabellón auricular 319

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Laura Rocío Flores-Alvarado, Blanca Angélica Martínez-Castillo y Laura Andrea López-Trejo





Mensaje del comité editorial

Estimado lector:

La medicina de primer contacto es una especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y las destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales; conjunta en el acto médico las acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación enfocándose a las enfermedades crónico-degenerativas, emocionales y adictivas, infectocontagiosas, accidentes y a la violencia.

Por esta razón, la Revista Médica MD dedicó el espacio de nuestro 6to aniversario a la Medicina de Primer Contacto, pilar esencial en el sistema de salud. Estos 6 años de publicaciones ininterrumpidas han significado para nosotros retos, oportunidades de crecimiento y se han traducido en un proyecto editorial consolidado, de calidad y con reconocimiento internacional.

Agradecemos a la Dra. Rosa María Hernández Vega por su interés y apoyo para la coordinación y publicación de este especial. De nuevo no nos queda más que agradecerle lector y a todos los que han participado con nosotros como autores por su constante participación y colaboración que nos incitan y motivan a seguir trabajando y mejorando.

“El arte de la medicina consiste en mantener al paciente en buen estado de ánimo mientras la naturaleza le va curando.”
Voltaire

ATENTAMENTE
Comité Directivo y Editorial



Importancia de la planeación estratégica en los servicios de salud

Jaime Eduardo Guzmán Pantoja

Coordinador Auxiliar de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Jalisco

Las instituciones de salud pública continuamente implementan programas o estrategias directivas para la mejora continua de sus procesos, generalmente la aplicación de estrategias directivas se fundamenta en lineamientos, procedimientos, políticas o programas de las propias instituciones, sin que esto necesariamente represente una alineación estratégica entre los objetivos, acciones, indicadores y metas de las instituciones, lo que representa uno de los principales retos para el cumplimiento de metas y el logro exitoso de resultados, debido a la desvinculación entre los diferentes niveles jerárquicos responsables de la implementación de programas o planes de trabajo.

Comúnmente el responsable directo de la implementación del programa de trabajo, es el director de la unidad o establecimiento de atención médica, sin que esto garantice que el mismo haya participado en el desarrollo del programa o plan de trabajo, esta desvinculación puede ser catalogada como una de las principales causantes de que los programas de trabajo implementados no tengan alto impacto para los indicadores o metas preestablecidas para cada uno de los establecimientos.

Durante décadas la planeación estratégica ha sido utilizada como una herramienta administrativa por empresas privadas ajenas al área de la salud, teniendo resultados de alto impacto administrativo y financiero para sus procesos; sin embargo en las instituciones de salud la planeación estratégica para los servicios de atención médica, en muchos de los casos ha sido vista como una herramienta

administrativa exclusiva para los altos mandos de las instituciones, dejando de lado el involucramiento de mandos medios en el desarrollo de los planes estratégicos, mismos que posteriormente serán implementados en unidades de las propias instituciones.

El modelo actual de gestión médico administrativa para los establecimientos de atención médica ambulatoria en el primer y segundo nivel de atención, imprescindiblemente debe contar con una visión orientada de manera objetiva hacia la alineación estratégica, con participación directa del personal que se encuentra en el nivel de la alta dirección, directivos, mandos medios y personal operativo, esto con el propósito de lograr esta alineación sea homologada para el momento de su implementación.

Esto sólo es posible de lograr con la implementación de un modelo de formación directiva en el que el personal directivo y los mandos medios tengan un involucramiento completo para la elaboración y desarrollo del diagnóstico de salud, diagnóstico situacional y posteriormente para la conformación de un plan estratégico, que deberá estar basado en el análisis de las principales problemáticas, la jerarquización y posicionamiento de prioridades y necesidades, pero predominantemente en la creación de objetivos y líneas estratégicas, que de manera sincrónica deberán estar desarrollándose a la par de líneas táctico-operativas para la resolución de problemas propios de la institución y de los establecimientos de atención médica.

En la medida que el personal médico que participa como directivo, mando medio o en funciones operativas, adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y aplique sus competencias directivas en la planeación estratégica para los servicios de salud, los resultados tendrán un impacto favorable, no sólo en

el aspecto numérico, sino en el aspecto cualitativo de la atención en salud, lo que puede ser traducido como un mejora continua en el otorgamiento de los servicios.

Los elementos que componen una adecuada planeación estratégica deben tener un sustento teórico metodológico basado en las diferentes escuelas y teorías de la planeación, sin dejar de lado las necesidades específicas de cada una de las instituciones y a su vez de cada uno de los establecimientos de atención médica, porque precisamente lo que puede garantizar un mejor resultado en el cumplimiento de metas y logro de resultados, es justamente la sincronización en el uso de recursos administrativos, financieros, humanos y de infraestructura de acuerdo a los problemas específicos y globales; sincronización que debe ser desarrollada a través de un plan estratégico que posteriormente tendrá que ser implementado por el personal directamente responsable de los establecimientos.

Consideramos que un aspecto fundamental en la planeación de programas y procesos de trabajo para los servicios de salud, es el desarrollo de planes estratégicos con alineación y homologación a las políticas de salud, no sólo de las instituciones, sino de las estrategias gubernamentales orientadas al fortalecimiento y la mejora continua de los procesos de atención en salud.



Trascendencia e importancia de la atención integral en el modelo de medicina familiar

Elsa Armida Gutiérrez Roman

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional.
Delegación Jalisco

La integralidad en el modelo de atención de medicina familiar, hace referencia a la integración de un esquema de atención multivariada con una visión transdisciplinaria, con componentes de promoción, prevención, atención, rehabilitación y reintegración al ámbito familiar, social y laboral, que deben ser implementados mediante una visión sistémica de operatividad.

La atención integral debería ser considerada como un componente implícito en el modelo de atención en medicina familiar, ya que el especialista en medicina familiar durante su formación profesional de posgrado, es preparado para otorgar una atención médica con enfoque de integralidad, en donde no sólo importe o prevalezca el aspecto curativo, ya que el individuo debe ser atendido y evaluado desde la perspectiva del proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta el contexto familiar y social del mismo, ya que con base a esto último se podrán establecer estrategias de manejo así como redes de apoyo social y familiar. Sin embargo a pesar de la importancia y trascendencia que la atención integral pudiera tener para los sistemas de salud, en algunos casos esta es más una utopía que una realidad.

El especialista en medicina familiar como líder del modelo de atención médica en el sistema de salud, debe retomar el empoderamiento de los equipos transdisciplinarios para la atención integral en salud, y convertirlo en un componente sistémico de operación, a través del desarrollo e implementación de estrategias contundentes para el óptimo funcionamiento de un modelo de atención integral, fundamentado en la prevención, detección, atención,

tratamiento, rehabilitación y reintegración del individuo a su contexto social y laboral.

En la actualidad son pocos los establecimientos de atención médica e instituciones de salud pública que implementan un modelo de atención integral con este tipo de enfoques, comúnmente se habla de atención integral sólo cuando el paciente cumple con las detecciones que vienen en su carnet de citas o cartillas de atención médica, sin que esto represente una atención por un equipo multidisciplinario y mucho menos con una visión de abordaje transdisciplinario, lo que limita de manera exponencial la promoción y prevención así como el tratamiento en forma conjunta con el resto de los integrantes de equipo de salud.

La formación profesional del especialista en medicina familiar debe ser homologada en las instituciones del sistema nacional de salud de cada uno de los países responsables de la formación, ya que esta visión de unificación podría verdaderamente favorecer que todos los médicos de esta especialidad implementen un modelo único de atención integral, indistintamente del sitio en donde laboren. Para lograr la creación de un modelo único es necesaria la homologación y estandarización en la aplicación operativa de cada uno de los componentes del modelo de atención integral.

Es de suma importancia desarrollar e implementar un esquema de capacitación estratégica, dirigido al personal del área médica que participa de manera continua y permanente en la atención integral de los pacientes y de sus familias, la capacitación constituye la base para un óptimo funcionamiento del modelo de atención integral, debido a que en ese modelo cada uno de los

integrantes del equipo entenderá qué tan importante es su trabajo y el de sus compañeros, para la salud de los pacientes o usuarios de sus servicios, de igual manera podrá establecer una ruta crítica para abordaje de problemas relacionados con su área de responsabilidad, sin que esto represente trabajar en forma independiente o desvinculada del resto del equipo.

La trascendencia que puede tener la adecuada implementación del modelo de atención integral, mediante la coordinación sistemática de un equipo multidisciplinario con una visión transdisciplinaria de trabajo, va más allá de promover sólo la curación de ciertos padecimientos, ya que su principal orientación y propósito es la de favorecer una cultura de autocuidado, no sólo en quienes hacen uso de los servicios de atención médica en los sistemas de salud, sino de quien convive con ellos, en la medida que el propio paciente o usuario de los servicios, vayan creando consciencia sobre la importancia de obtener una atención integral, se irá nivelando el uso de servicios de atención con los de promoción y prevención en salud, y por consecuencia se hará menos frecuente la visita sólo para fines meramente curativos, es posible que en la medida que el paciente o usuario de estos servicios, vaya haciendo uso continuo de este tipo de atención se puedan prestar servicios de atención transversal, que se refieren a una sola atención con participación de todos los integrantes del equipo multidisciplinario, sin perder de vista la importancia del enfoque de abordaje transdisciplinario, disminuyendo los costos de operación y mejorando la calidad en este importante proceso de atención.

Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Laura Andrea López-Trejo, Clara Elizabeth Mariscal-Rivera, Laura Nohemi Hernández-Rivera y Rosalba Orozco-Sandoval.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Depresión, embarazo, escala de depresión posnatal de Edimburgo.

Keywords: Depression, Edinburgh postnatal depression scale, pregnancy.



Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, Hernández-Rivera LN, Orozco-Sandoval R

Resumen

Introducción

La depresión es una condición frecuente en el embarazo. El médico familiar juega un papel muy importante llevando el control prenatal, en donde debe realizar acciones para identificar entre otras patologías la depresión oportunamente, ya que sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en el 50 a 65% de los casos. Por esta razón nuestro objetivo es identificar la prevalencia de depresión en pacientes embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad Médico Familiar 171.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo con pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de cualquier edad, con una muestra de 103 embarazadas, a las que se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Con el programa SPSS Windows versión 19 se realizó el análisis estadístico utilizando media, moda, frecuencias y χ^2 para diferencia de proporciones.

Resultados

El 76.77% (n=29) de las pacientes no presentaron síntomas sugestivos de depresión, el 23.3% (n=24) de las pacientes sí los presentaron. A la semana 28 de gestación se registraron 10 pacientes con datos sugerentes de depresión. χ^2 para la diferencia de proporciones entre la depresión y edad gestacional $p=0.233$.

Discusión

Se identificó la depresión durante el embarazo como un problema presente en las embarazadas de Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social con una prevalencia de 23.3%. En este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y la edad gestacional.

Palabras clave: Depresión, embarazo, escala de depresión posnatal de Edimburgo.

Servicio de Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar
171, Instituto Mexicano del Seguro
Social, Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones.
Médico Familiar y Profesor Titular de la
Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar
171, Instituto Mexicano del Seguro Social,
Delegación Jalisco.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496,
Fraccionamiento Arboledas, Zapopan,
Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico:
dra.ednagd@hotmail.com

Prevalence of depression in pregnant women in primary care in the Family Medicine clinic number 171 of the IMSS

Abstract

Introduction.

Depression is a common condition during pregnancy. The family physician plays an important role in the prenatal control, where identification of depression is relevant. Women who develop depression during pregnancy and do not receive treatment have a risk for postpartum depression. Therefore we conducted a study to identify the prevalence of depression in pregnant patients in primary care of the family medicine unit clinic number 171 of the Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material and methods.

This is a cross-sectional study with pregnant patients from the family medicine unit 171 of the Instituto Mexicano del Seguro Social. We included patients of any age, with a sample of 103 pregnant women. We applied a sociodemographic questionnaire and the Edinburgh postnatal depression scale. The statistical analysis were made using the SSPS software version 19, we used mean, mode, frequencies and χ^2 for difference of proportions.

Results.

The 76.77% ($n = 29$) of patients had no symptoms suggestive of depression. At week 28 of gestation 10 patients reported symptoms of depression. There were not a between depression and the gestational age $p = 0.233$.

Discussion.

The prevalence of depression during pregnancy was of 23.3%. In this study there were no statistically significant differences between depression and gestational age.

Key Words: Depression, Edinburgh postnatal depression scale, pregnancy.

Introducción

El embarazo se considera una crisis maduracional^{1,2} ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que revive conflictos de fases psicológicas previas al embarazo. La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65% de ellas.^{3,4}

Otros estudios citan que la prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación puede variar ampliamente entre 2% y 51%, mayor en los dos últimos trimestres del embarazo.^{5,6,7} Se trata de una enfermedad crónica recurrente caracterizada por ánimo depresivo, pérdida de interés y baja capacidad para disfrutar. Las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión mayor en cualquier período de sus vidas en una proporción de 2:1 y esta es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo, en mujeres gestantes de bajos recursos económicos se han informado frecuencias de hasta 50%.⁸ El médico familiar juega un papel muy importante llevando el control prenatal en donde debe realizar acciones para identificar, entre otras patologías, la depresión oportunamente y prevenir una depresión posparto con todas sus complicaciones médicas y repercusiones económicas, por esta razón el objetivo de este estudio fue identificar la

prevalencia de depresión en pacientes embarazadas en primer nivel de atención de nuestra Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171) apoyándonos con la aplicación de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés) validada para ser utilizada durante el embarazo.^{9,11}

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo, muestreo no probabilístico en pacientes embarazadas de la UMF 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de todas las edades. El tamaño de la muestra calculado con el programa EPI INFO versión 6 con un intervalo de confianza (IC) del 95%, basado en una población de 1,137 embarazadas con edad gestacional de la semana 28 a la 34, obteniendo una muestra de 103 embarazadas. Se les aplicó un cuestionario sociodemográfico que incluía datos sobre la edad, ocupación, escolaridad, estado civil, si planearon o no su embarazo y número de gestas.

Para identificar la depresión se aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, validada para ser usada en el embarazo, consta de 10 preguntas con cuatro respuestas; la primera respuesta: igual que lo he hecho siempre con valor 0; la segunda: no tanto como antes con valor 1; la tercera: definitivamente, no tanto como antes con valor 2; y la cuarta: no del todo con valor 3, los resultados con puntuaciones de 13 o más sugieren síntomas depresivos con importancia clínica

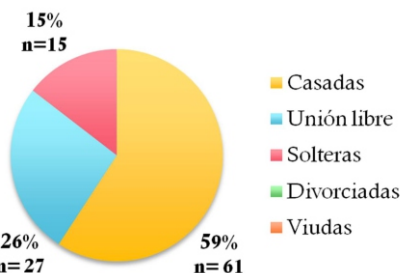


Figura 1. Estado civil. Se observa el mayor porcentaje en mujeres casadas, y un 0% en divorciadas y viudas.

para esta patología. Previamente se otorgó a las pacientes un consentimiento informado adecuado para su edad.

Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS versión 19, utilizando estadística descriptiva: media, mediana, moda para variables cuantitativas y frecuencias y proporciones para variables cualitativas, se utilizó χ^2 para la diferencia de proporciones entre la depresión y la edad gestacional.

Resultados

Se estudió un total de 103 embarazadas, la edad fue de 15 a 41 años, en donde se encontró que un 59.2% (n=61) corresponden a mujeres en estado civil casada (figura 1), con respecto a la escolaridad el 34% (n=35) tenían licenciatura (figura 2), el 60.2% (n=62) eran multigestas, el 62.1% (n=64) de las pacientes planeó su embarazo. 51% (n=53) eran empleadas, 32% (n=33) se dedicaban al hogar, 12% (n=12) eran profesionistas y 5% (n=5) otra ocupación.

El 50% (n=33) de las pacientes se encontraban en la semana 28, 36% (n=37) en la 24, 14% (n=9) en la 30, 12% (n=8) en la 32, 9% (n=6) en la 29 y 31 y el 6% (n=4) en la semana 33 de gestación.

Finalmente el 23.3% (n=24) presentaron síntomas sugestivos de depresión, (figura 3) y el otro 76.77% (n=79) no presentó síntomas sugestivos de depresión. A la semana 28 de gestación se registraron 10 pacientes con datos sugerentes de depresión (figura 4). χ^2 para la diferencia de proporciones entre depresión y edad gestacional con un valor de $p = 0.233$.

Discusión

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean, por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis

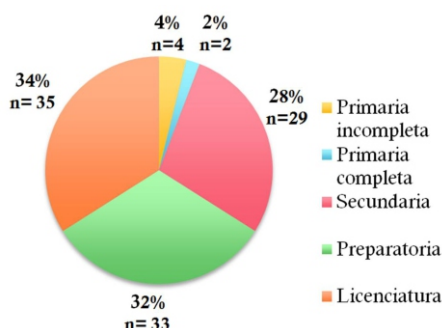


Figura 2. Escolaridad. El mayor porcentaje lo conforman las embarazadas con licenciatura seguido de preparatoria.

Prevalencia de depresión en embarazadas

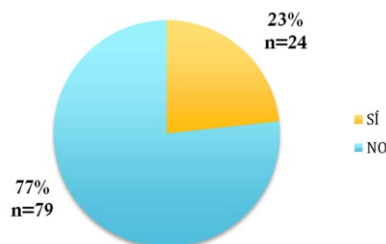


Figura 3. Prevalencia de depresión. Se encontró síntomas sugestivos de depresión en un 23%.

maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a tales demandas.^{1,2,3}

La depresión gestacional puede comprometer los resultados del embarazo y la depresión postparto puede alterar la relación mamá-hijo y desarrollar negativamente una niñez. El colegio Americano de Gineco-Obstetras recomienda el tamizaje en mujeres embarazadas para depresión. Los trastornos depresivos son los que conducen a causas de desajuste entre adolescentes y personas jóvenes, mundialmente.^{7,8}

Estudios sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas muestran tasas de 2% a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre ocho y 31%.^{4,5} La información que se encuentra en nuestro país informa que hay una prevalencia de depresión posparto de 17 a 22%. Lo anterior varía de acuerdo con la forma de evaluar y diagnosticar la depresión, así como el punto de corte y las diferentes escalas.¹²⁻¹⁵

Según la estadística de nuestra UMF 171 del IMSS, en el último año no hay registro de diagnóstico de depresión durante el embarazo. Sin embargo los resultados obtenidos en este estudio, son semejantes a la prevalencia en México y comprobamos que un 23.3% (n=24) de nuestra muestra, presentó síntomas depresivos, sin haber sido detectadas en sus consultas de control prenatal, por lo que estas pacientes hubieran sido subdiagnosticadas y probablemente el diagnóstico se obtendría postparto.

Se ha reportado que en mujeres gestantes de bajos recursos económicos existe una frecuencia de hasta 50% de depresión,^{6,13} nuestro estudio no midió estrato socioeconómico sin embargo se observa que la mayoría de las pacientes tienen una licenciatura con un 34% seguidas de preparatoria 32% lo que podría sugerir un nivel socioeconómico medio alto.

En este estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y edad

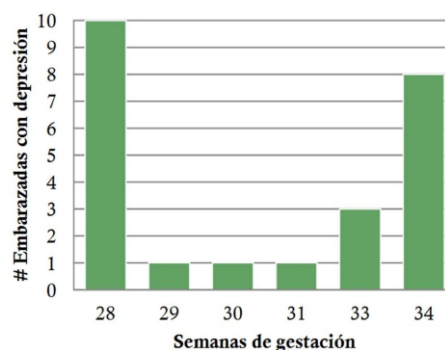


Figura 4. Depresión y edad gestacional.

gestacional. Al ser un estudio descriptivo presenta claros sesgos de selección y un bajo nivel de evidencia sin embargo añade fortaleza la aplicación de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo validada en población mexicana, un instrumento útil en la consulta de primer nivel para identificar síntomas depresivos durante el embarazo.

Conclusión

Se identificó la prevalencia de depresión de 23.3% como un problema presente en las embarazadas de UMF 171 del IMSS. Nuestro estudio arrojó como resultado que la depresión durante el embarazo es subdiagnosticada, y existen muchos factores de riesgo involucrados. Lo más importante es saber que la depresión durante el embarazo existe y está presente con una prevalencia alta por lo tanto es importante tenerla en cuenta en la consulta, realizar intencionalmente

nuestra búsqueda de estos síntomas y realizar diagnósticos oportunos. Debemos concientizar a los médicos de primer contacto, que generalmente son los médicos que llevan a cabo el control prenatal, quienes deben estar debidamente capacitados para diagnosticar la enfermedad y otorgar de manera oportuna la terapéutica adecuada en cada paciente, para lograr así un desarrollo del embarazo armonioso y reduciendo la depresión postparto, además de evitar alteración de la funcionalidad familiar o alguna otra complicación a futuro y de esta forma asegurarnos que las pacientes estén al cuidado de sus hijos de forma adecuada y evitar alguna repercusión en el desarrollo integral de sus hijos.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008;22:195-202.
- Lara M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Rev Salud Mental*. 2006;29:14-32.
- Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26: 39-48.
- Ceballos I, Sandoval L, Jaimes E, Medina G, Madera J, Franciso Y, et al. Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres embarazadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010;48:71-74.
- Sanz K, Chávez B, Díaz M, Sandoval M, Robles M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam*. 2013;20:25-27.
- Muzik M, Marcus S, Heringhausen J, Flynn H. Cuando la depresión complica la maternidad: directrices para la detección selectiva y el tratamiento durante la asistencia obstétrica antenatal y postparto. *Obstet Gynecol Clin*. 2009; 36:771-788.
- Kim J, La Porte L, Adams M, Gordon T, Kuendig J, Siolver R. Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:167-172.
- Lara M, Berenzon S, Juárez F, Medina M, Natera G, Villatoro J, Gutiérrez M. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting mexican adolescents. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31: 17-22.
- Ortega L, Lartigue T, Figuero M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. 2001;15:11-20.
- Espindola J, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18:179-186.
- Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *An Fac med*. 2009;70:28-32.
- Maradiaga M, Barahona O, García A. Depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS durante el periodo comprendido de 1 de agosto del 2001 al 31 de agosto del 2003. *Rev Méd Post Grados de Medicina UNAH*. 2006;9:48-52.
- Lara A, Letechiapía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental* 2009;32:381-387.
- Turzanski R, Pekow P, Dole N, Markenson G, Chasan L. Risk factors for prenatal depressive symptoms among hispanic women. *Matern Child Health J*. 2011;15:1287-1295.
- Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010;48:269-278.

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de 35 a 74 años con diabetes mellitus tipo 2 en el programa DIABETIMSS

Laura Rocío Flores-Alvarado, Julieta Moreno-Vargas, Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Rosalba Orozco-Sandoval

Autor para correspondencia

Laura Rocío Flores Alvarado. Médico Cirujano y Partero, Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.
Teléfono: (044) 3310673485
Contacto al correo electrónico: lauraflores.alv@gmail.com

Palabras clave: Diabetes mellitus, DIABETIMSS, Framingham, riesgo cardiovascular.

Keywords: Cardiovascular risk, diabetes mellitus, DIABETIMSS, Framingham.



Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de 35 a 74 años con diabetes mellitus tipo 2 en el programa DIABETIMSS

Flores-Alvarado LR^a, Moreno-Vargas J^b, Delgado-Quinones EG^a, Orozco Sandoval R^a

Resumen

Introducción

La prevalencia de las enfermedades crónicas ha crecido exponencialmente en las últimas dos décadas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, informó una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de 9.2%, sobrepeso y obesidad 5.3%, hipertensión 33%, hipercolesterolemia en mujeres 14.1% y 11.7% en hombres; además 68.5% de pacientes con diabetes mellitus tuvieron un factor de riesgo adicional: tabaquismo, hipertensión o hipercolesterolemia. La prevalencia de aterosclerosis coronaria en pacientes con diabetes se estima en un 20%. Puesto que la ausencia de síntomas no asegura la ausencia de enfermedad, es importante identificar factores de riesgo cardiovasculares como estrategias de prevención. El objetivo de este estudio fue conocer los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DIABETIMSS de 35 a 74 años de la Unidad de Medicina Familiar 178 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo, se revisó expediente clínico y laboratoriales de rutina. Muestreo de 129 pacientes calculado con un intervalo de confianza de 95% por Epi Info v.6. Se incluyeron pacientes del Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético de la Unidad de Medicina Familiar 178 de 35 a 74 años, que cumplieran los criterios de inclusión. Se analizaron características sociodemográficas, índice de masa corporal, perímetro abdominal, hemoglobina glucosilada, tabaquismo, cifras de tensión arterial y colesterol de alta densidad. Se aplicó la escala de riesgo cardiovascular de Framingham. Se realizó análisis estadístico con SPSS 19 utilizando estadística descriptiva y χ^2 ($p \leq 0.05$).

Resultados

El 57.4% de la población fueron mujeres, predominó el rango de edad 46-55 (35.7%) y 56-65 años (31%). El 72.32% no fumadores activos. Los factores de riesgo con proporción estadística significativa respecto al riesgo cardiovascular: sexo $p=0.08$; mediana c-HDL 41 ($p=0.039$), tensión arterial 120 en sistólica, 70 en diastólica ($p=0.007$), sexo y perímetro abdominal ($p=0.009$).

Discusión

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que requiere atención médica continua, educación y apoyo para prevenir complicaciones agudas y crónicas, más allá del control glucémico. Se identificó riesgo cardiovascular de predominio bajo con una prevalencia de 43.4%.

Palabras clave: Diabetes mellitus, DIABETIMSS, Framingham, riesgo cardiovascular.

a.Servicio de Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

b.Clinica de Educación e Investigación en Salud. Hospital General Zona No. 180. Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlalajomulco, Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Laura Rocío Flores Alvarado. Médico Cirujano y Partero, Curso de Especialización en Medicina Familiar. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX. Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX. Teléfono: (044) 3310673485. Contacto al correo electrónico: lauraflor.alv@gmail.com

Cardiovascular Risk Factors in 35 to 74 year old patients with diabetes mellitus type 2 in DIABETIMSS program

Abstract

Introduction.

Prevalence of chronic illnesses has grown exponentially in the last two decades. The National Health and Nutrition Survey (NHNS) in 2012 revealed that the prevalence of diabetes mellitus type 2 (DM2) was 9.2%, overweight and obesity 5.3%, hypertension 33%, hypercholesterolemia in women 14.1% and 11.7% in men. Of patients with type 2 Diabetes, 68.5% had an additional risk factor such as: smoking, hypertension or hypercholesterolemia. The prevalence of coronary atherosclerosis in patients with DM2 is estimated to be of 20%. Since the absence of symptoms does not assure the absence of this condition it is important to identify cardiovascular risk factors as a prevention strategy. The objective of this study is to know cardiovascular risk factors among patients from 35 to 74 years of age with type 2 diabetes in the DIABETIMSS program at FMU 178.

Material and Methods.

Transversal, descriptive study. We checked clinical files and laboratory tests. A sample of 129 patients with a confidence interval of 95% was calculated using Epi Info v.6. Patients from Family Medicine Unit (FMU) 178 belonging to the DIABETIMSS program were included. Those who met selection criteria ranged from 35 to 74 years of age. We analyzed sociodemographic characteristics, body mass index (BMI), abdominal perimeter (AP), glycated hemoglobin, smoking, arterial pressure values and HDL cholesterol. Statistical analysis was done using SPSS 19, using descriptive statistics and X2 ($p < 0.05$).

Results.

57.4% of the population were women, the predominant age range was 46 to 55 (35.7%) and 56 to 65 (31%) years. 72.32% were non-active smokers. The following were risk factors with proportional statistical significance: sex $p = 0.08$, median HDL of 41 ($p = 0.039$), 120mmHG systolic arterial pressure, 70mmHg diastolic arterial pressure (0.007) and sex-abdominal perimeter ($p = 0.009$).

Discussion.

DM2 is a chronic disease that requires continuous medical attention, education and support, in order to prevent chronic and acute complications, aside from glycemic control. Low predominance cardiovascular risk was identified with a prevalence of 43.4%.

Key Words: Cardiovascular risk, diabetes mellitus, DIABETIMSS, Framingham.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha mostrado ser un gran problema para la salud pública.^{1,2} En el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó que hay 6.4 millones de pacientes con diabetes mellitus y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos, fueron: 5.3% sobrepeso-obesidad, hipertensión 33%, hipercolesterolemia 14.1% mujeres y 11.7% en hombres; el 68.5% (4.4 millones) de casos de diabetes tuvieron algún factor de riesgo cardiovascular adicional como tabaquismo, hipertensión o hipercolesterolemia.^{4,5,6}

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere atención médica continua, educación y estrategias multifactoriales más allá del control de la glucemia;^{7,8} los factores de riesgo para DM2 y enfermedad cardiovascular son similares, se asocian a la inactividad física, tabaquismo, sobrepeso e hipertensión arterial que experimenta la población en edades intermedias y avanzadas. La aterosclerosis tiene un largo periodo de latencia asintomático, comienza en la infancia y progresa hasta la edad adulta.^{3,11,12}

Honolulu Heart Study observó que la enfermedad coronaria se correlacionaba débilmente con el índice de masa corporal (IMC), pero fuertemente con la obesidad central, perímetro

abdominal (PA) >88 cm en mujeres y >102 cm en hombres se asocia a síndrome metabólico, esta distribución de grasa está relacionada con la morbilidad cardiovascular por síndrome metabólico aterogénico; la *American Heart Association* clasifica la obesidad como un factor de riesgo mayor para la enfermedad coronaria.¹³

Puesto que la ausencia de síntomas no asegura la falta de enfermedad, Marruga J y cols. en 2011 realizan la validación de Escala de Framingham modificada como instrumento de estratificación en pacientes con DM2, considerando REGICOR (*Registre Gironí del Cor*, registro español de cardiopatía isquémica) y VERIFICA (Validez de la Ecuación de Riesgo Individual de Framingham de Incidentes Coronarios Adaptada); estos estudios comentaron la validez de los coeficientes de regresión estimados con los datos de cohorte, el cual no difirió de los originales de la función de Framingham. La calibración tuvo la incidencia de acontecimientos coronarios en los grupos de riesgo con prueba de Hosmer y estadígrafo C para discriminación. Más del 50% de los acontecimientos cardiovasculares ocurrió en el grupo del 5 al 14.9% de riesgo a 10 años, concluyendo la estratificación de riesgo en bajo (< 5%), moderado (5-9.9%), alto (10-14.9%) y muy alto ($\geq 15\%$) tomando en cuenta las variables: presión arterial sistólica y diastólica, valores de

colesterol total y HDL, ser fumador o no, edad en rango 35 a 74 años de edad haciendo la diferencia entre hombre y mujer con diabetes; estas variables se consideraron como factores de riesgo cardiovascular.^{14,15,16,17} Otra consideración para la evaluación del riesgo cardiovascular fueron las cifras de hemoglobina glucosilada (Hb_{A1C}) en adultos asintomáticos con diabetes. La Guía de Práctica Clínica Mexicana de Riesgo Cardiovascular califica como nivel de evidencia IB a la valoración de Framingham para cuantificar el riesgo cardiovascular;^{9,10} sin embargo en México no existen escalas que realmente se adapten a las características sociodemográficas, étnicas, factores de riesgo que puedan evaluar el riesgo cardiovascular a los pacientes con DM2; se estima una prevalencia de aterosclerosis coronaria en el 20% de éstos.

Considerando la prevención como piedra angular de la atención médica primaria, el impacto social y económico que causa la diabetes, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), puso en marcha en 2008 el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS) que consiste en capacitar un modelo de atención médico asistencial para la atención del paciente y su familia para modificar su estilo de vida, alcanzar metas de control metabólico e identificar complicaciones.³

El objetivo de este proyecto es conocer factores de riesgo cardiovascular relevantes en relación a escala modificada Framingham del estudio 2011 y algunos otros relacionados con el control glucémico y peso en pacientes con DM2 del programa DIABETIMSS de 35 a 74 años de la UMF 178.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal descriptivo; realizado en el servicio DIABETIMSS de la UMF 178, IMSS. Se tomó en cuenta a toda persona que asistió como paciente al programa de DIABETIMSS. El tamaño de la muestra fue de 129 pacientes, calculado con un IC 95% utilizando el programa EPI Info v.6 en base al total 559 adultos pertenecientes al programa DIABETIMSS. La prevalencia de riesgo cardiovascular en población con DM2 no se comenta en la bibliografía mexicana, por tanto se tomará en cuenta 50% como valor máximo esperado.

Las variables que se tomaron en cuenta: pacientes con DM2 del programa DIABETIMSS de 35 a 74 años, factores de riesgo cardiovascular (IMC, Hb_{A1C} , colesterol HDL, tabaquismo, PA y cifras de tensión arterial), variables sociodemográficas: edad, sexo y riesgo cardiovascular de los pacientes según Framingham modificada.

Posterior a la autorización realizada por el comité local de investigación se evaluaron en el periodo de seis meses de septiembre 2014 a marzo del 2015. Con una muestra tomada

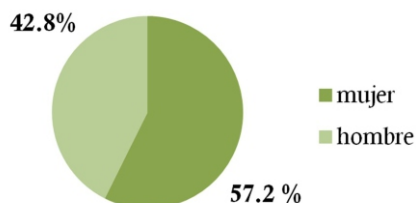


Figura 1. Prevalencia de sexo, se observa el porcentaje de sexo, donde predomina el femenino con el 57.2%.

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes en el programa DIABETIMSS

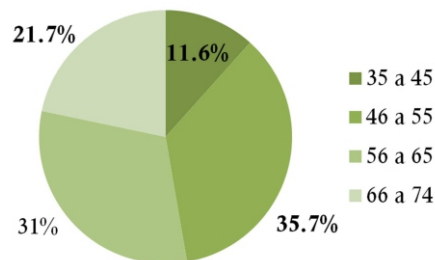


Figura 2. Prevalencia de rangos de edad.

al azar de 129 pacientes con diagnóstico de DM2 pertenecientes al Programa DIABETIMSS de la UMF 178, IMSS en los turnos matutino y vespertino que reunieron los criterios de inclusión.

Luego de la explicación y firma de un consentimiento informado aprobado por el comité institucional local, se hizo una serie de preguntas sencillas respecto a datos patológicos personales sencillos, ingesta de tratamiento hipolipemiente, antihipertensivo, toxicomanías y antecedentes de importancia. Además se revisó exámenes de laboratorio y examen clínico para corroborar antecedentes personales patológicos que intervinieran en el desarrollo del protocolo, y factores de riesgo cardiovasculares presentes. Una vez recolectada la información se continuó con su análisis estadístico.

Con el programa SPSS versión 19 se realizó la base de datos, el análisis estadístico y la representación de los resultados con gráficos. Para la estadística descriptiva en variables cuantitativas: mediana y moda; en variables cualitativas: frecuencias, se obtuvo inferencia estadística con chi cuadrada- χ^2 .

Resultados

En este estudio se encontró una leve predominancia de participantes del sexo femenino, con un porcentaje del 57.4% ($n=74$) (Figura 1), predominó el rango de edad de 46-55 y 56-65 años con 35.7% ($n=46$) y 31% ($n=40$) respectivamente (Figura 2). Las comorbilidades con mayor porcentaje en el expediente clínico fueron hipertensión arterial y dislipidemia (Tabla 1) de los pacientes que presentaban alguno.

El porcentaje de Hb_{A1C} de 5 a 6% fue de 14% ($n=18$); Hb_{A1C} de 6.1 a 7% fue de 41.9% ($n=54$); 7.1 a 8% de 21.7% ($n=28$) y $Hb_{A1C} > 8.1$ de 22.5% ($n=27$) y una moda de 6.4% y $p=0.933$. El valor de p en la varianza de proporciones, con valor significativo ≤ 0.05 respecto al riesgo cardiovascular calculado (Tabla 2), para edad $p=0.000$, la mediana de HDL

Tabla 1. Comórbidos documentados en expediente clínico de los pacientes que presentaban alguna comorbilidad extra

Comórbidos documentados	n	%
Dislipidemia	9	7
Hipertensión arterial	58	45
Síndrome metabólico	4	3.1
Otras	13	10.1

Tabla 2. Comórbidos documentados en expediente clínico de los pacientes que presentaban alguna comorbilidad extra

Factores de riesgo		%	p*
Tabaquismo activo		28.68	0.56
Colesterol HDL	>40 mg/dL	41	0.03
Tensión arterial sistólica	120 mmHg	70	0.003
Tensión arterial diastólica	70 mmHg	76	0.004

*p con inferencia estadística respecto a riesgo cardiovascular estratificado por Escala Framingham modificada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

fue 41 con un valor de $p=0.039$, tensión arterial 120 en sistólica y 70 en diastólica con valor de $p=0.003$ y $p=0.004$ respectivamente (Tabla 3). Otras variables que se analizaron fue el porcentaje de fumadores en donde el 72.32% ($n=101$)

fue no fumadora activa (Tabla 2), la diferencia de proporciones entre sexo y perímetro abdominal $p=0.009$, diferencia de proporciones respecto al riesgo cardiovascular y PA $p=0.933$ e IMC $p=0.816$ (Tabla 3). Se calificó el riesgo cardiovascular como bajo 43.4% ($n=56$).

Discusión

Se observó una diferencia estadísticamente significativa respecto al riesgo cardiovascular en variables como edad, sexo, colesterol HDL, tensión arterial diastólica; el estudio VERIFICA, la tensión arterial sistólica y diastólica, el colesterol total y HDL, edad, son características asociadas con un valor predictivo para riesgo cardiovascular.¹⁶

En relación a la controversia si el PA e IMC pueden relacionarse con el riesgo cardiovascular, según nuestro estudio resultó no significativo con $p \geq 0.05$; mismo resultado para hemoglobina glucosilada, aunque debemos considerar

Tabla 3. Riesgo cardiovascular por estratificación Framingham y variables

Factores de riesgo	Riesgo cardiovascular*				Valor de p*
	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Edad (años)					0.00
35-45	12	26	12	7	
46-55	3	18	17	10	
56-65	0	1	11	8	
66-74	0	1	0	3	
Hb _{A1C} (%)					0.933
5-6	8	7	3	0	
6.1-7	26	19	6	3	
7.1-8	11	12	4	1	
8.1-9	3	1	2	0	
9.1-10	4	5	2	0	
>10	5	4	3	0	
IMC					0.816
18.5-24.9	6	5	1	1	
25-29.9	23	20	11	1	
30-34.9	16	16	5	4	
35-39.9	7	5	1	0	
>40	4	2	1	0	
PA (cm)					0.93
>85	13	8	7	0	
>95	35	36	12	6	
<85	8	4	0	0	

*p con inferencia estadística respecto a riesgo cardiovascular estratificado por Escala Framingham modificada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
Hb_{A1C}: Hemoglobina glucosilada A1C, IMC: Índice de masa corporal, PA: Perímetro abdominal.

que la moda en esta variable fue de 6.4% en parámetros adecuados.

La evaluación de factores de riesgo para el desarrollo de las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica está diseñado para ayudar al clínico en la toma de decisiones sobre el estilo de vida e intervenciones farmacológicas para reducir tales riesgos con decisión informada, simple, bajo costo y determinar estrategias posteriores en prevención primaria: detección temprana, tratamiento oportuno de las dislipidemias, control integral temprano y sostenido de los diversos factores de riesgo cardiovascular y el uso adecuado de la prevención secundaria en población con alto riesgo cardiovascular.

Como ya se comentó en un inicio, el objetivo principal era conocer factores de riesgo que otorgaran una directriz en el seguimiento médico de esta unidad en Jalisco, México.

Pero deja la intención de emprender la investigación para

implementar medidas preventivas como proyectos de atención especial para factores de riesgo determinantes y ambiciosamente, la elaboración de una escala de riesgo cardiovascular para la población latina y con ello otorgar un combate exitoso de las complicaciones cardiovasculares en nuestros pacientes portadores de DM2.

Las fortalezas de este estudio es IC 95%, el riesgo cardiovascular para X^2 respecto a factores de riesgo fue obtenido con escala Framingham validada y actualizada específicamente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En sus debilidades la población muestra fue resultado de un grupo que se encuentra en un grupo de apoyo al control de diabetes, lo cual no revela la situación de todos los pacientes portadores de esta patología.

Conflicto de interés

No existió conflicto de interés declarado por los autores.

Referencias bibliográficas

1. Jiménez A, Aguilar C, Rojas R, Hernández-Ávila M. Diabetes Mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública Méx* 2013;55(2):137-143.
2. León-Mazón M, Araujo-Mendoza G, Linos-Vázquez Z. DiabetIMSS. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 51(1):74-9.
3. Gil-Velázquez L, Sil-Acosta M, Domínguez-Sánchez E et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):104-19.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
5. Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelín-Hernández G, et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA). Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento. *Arch Cardiol Mex* 2005;75:96-111.
6. Standards of medical care in diabetes 2013. Diabetes care 2013;36(1) January. Consulta en los archivos Medical Diabetes Care en la página: <http://care.diabetesjournals.org/>
7. Greenland P, Alpert JS, Beller GA et al. ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:50-103.
8. A. Zugasti Murillo, B. Moreno Esteban. Obesidad como factor de riesgo cardiovascular. Unidad de Obesidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Enero 2005;22(1):32-36.
9. Alcocer L, Lozada O, Fanghanel G et al. Estratificación del riesgo cardiovascular global: Comparación de los métodos Framingham y SCORE en población mexicana del estudio PRIT. *Cir Cir* 2011;79:168-174.
10. Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol Panel (NCEP) de expertos en detección, evaluación y tratamiento del colesterol alto en sangre en adultos (Adult Treatment Panel III). Resumen ejecutivo del tercer informe del National Cholesterol Education Program Panel de Expertos (NCEP) sobre la Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-2497.
11. D'Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA* 2001;286(2):180-7.
12. Marrugat J, Subirana I, Comín E et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA Study. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:40-7.
13. Schargrotsky H, Hernandez-Hernandez R, Champagne BM et al. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med*. 2008;121(1):58-65.
14. Marruga J, Vila J, Baena-Diez J et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(5):385-394.
15. Guía de práctica clínica. Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular. México: IMSS; 2010.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012. Prevención, tratamiento y control de las Dislipidemias.
17. Dr. Frenk-Mora J. Programa de Acción: Diabetes Mellitus. Primera Edición 2001-11-22.

Prevalencia de síndrome de intestino irritable según los criterios Roma III en residentes de la especialidad de Medicina Familiar

Edna Gabriela Delgado-Quiñonez, Jessica Hernández-Calderón, Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Paulina Cervantes-Sánchez y Joana Kareli Ramírez-Ramos

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Criterios Roma III, residentes de medicina familiar, síndrome de intestino irritable.
Keywords: Family medicine residents, irritable bowel syndrome, Rome Criteria III.



Prevalencia de síndrome de intestino irritable según los Criterios Roma III en residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS número 171

Delgado-Quiñones EG, Hernández-Calderón J, Sahagún-Cuevas MN, Cervantes-Sánchez P, Ramírez-Ramos JK

Resumen

Introducción

El síndrome de intestino irritable constituye la enfermedad gastrointestinal más frecuente en la práctica clínica. La definición más reciente está basada en los Criterios de Roma III, con un valor predictivo positivo del 100% y sensibilidad de 65-75%. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de SII en residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 171 e identificar las características sociodemográficas de los mismos.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo que incluyó a todos los residentes de la Unidad de Medicina Familiar 171, del Instituto Mexicano del Seguro Social a quienes se les aplicó un cuestionario de los Criterios de Roma III y características sociodemográficas. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS v.19 empleando estadística descriptiva.

Resultados

Se estudió a 58 residentes, de los cuales 50% (n=29) fue calificado con síndrome de intestino irritable, de éstos el 65% (n=19) fueron mujeres y el 35% (n=10) hombres, con una media de edad de 30 años, mediana de 29 años, y moda de 26 años, el 48% (n=14) solteros, 41% (n=12) casados y 11% (n=3) vivían en unión libre. El 41% (n=12) residentes de primer grado (R1), 35% (n=10) residentes de segundo grado (R2) y 24% (n=7) residentes de tercer grado (R3). De los subtipos; el síndrome de intestino irritable no clasificable (SII-NC) se presentó en un 38% (n= 11), el subtipo mixto (SII-M) un 24% (n=7), el subtipo con diarrea (SII-D) un 21% (n=6) y el subtipo con estreñimiento (SII-E) en un 17% (n=5).

Discusión

Los Criterios Roma son una herramienta útil, para diagnosticar síndrome de intestino irritable. Se identificó a esta patología como un problema presente en los residentes del curso de especialización de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar 171 en Zapopan, Jalisco con una prevalencia del 50%, siendo el subtipo no clasificable el más frecuente, los residentes de primer grado son los más afectados y el sexo femenino el más prevalente.

Palabras clave: *Criterios Roma III, residentes de medicina familiar, síndrome de intestino irritable.*

Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono celular: (044) 3311515483

Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Prevalence of Irritable Bowel Syndrome According to the Rome III Criteria in Family Medicine Residents

Abstract

Introduction.

Irritable bowel syndrome is the most frequent gastrointestinal illness in clinical praxis. The most recent definition is based on the Rome III criteria with a positive predictive value of 100% and a sensibility of 65-75%. The objective of this study was to determine the prevalence of this syndrome among family medicine residents from Family Medicine Unit 171 and to identify their sociodemographic characteristics.

Material and Methods.

This is a descriptive, transversal study that included all of the medical residents in Family Medicine Unit 171, of the Instituto Mexicano del Seguro Social. They all answered a survey with Rome III criteria and their sociodemographic characteristics. Statistical analysis was done using SPSS v. 19, using descriptive statistics.

Results.

We studied 58 residents, 50% (n=59) of them qualified for irritable bowel syndrome. This group's characteristics were the following: 65% (n=19) men, 35% (n=10) women, mean age of 30 years, median age 29 years and mode of 26 years, 48% (n=14) single, 41% (n=12) married and 11% lived in civil union. 41% (n=12) were first year residents, 35% (n=10) second year residents, and 24% (n=7) third year residents. According to the IBS subtypes, 38% belonged to the unclassifiable type, 24% (n=7) to the mixed subtype, 21% (n=6) to the diarrhea type, 17% (n=5) belonged to the constipation subtype.

Discussion.

The Rome Criteria are a useful tool to diagnose irritable bowel syndrome. We identified irritable bowel syndrome as a problem present in family medicine residents in Family Medicine Unit 171 in Zapopan, Jalisco. The prevalence of this entity is 50%, and the unclassifiable type turned out to be the most common. First year residents are the most affected and female sex had a greater prevalence.

Key Words: Family medicine residents, irritable bowel syndrome, Rome Criteria III.

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por múltiples síntomas gastrointestinales sin una causa orgánica evidente.¹ El SII es uno de los motivos de consulta más frecuentes en primer nivel de atención en salud representando 40 a 70% de las consultas de gastroenterología. Se ha reportado una prevalencia de 10 a 20% en la población general, con predominio del sexo femenino con una relación mujer/hombre de 2:1.² Se estima que la prevalencia del SII en México es de 35%.³⁻⁵

En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas inician entre los 30 y los 50 años de edad, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comienzan desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se presenta entre los 15 y 40 años.⁴⁻⁷

Basados en la definición más reciente que son los Criterios de Roma III, el SII es un trastorno funcional intestinal en el que el dolor abdominal se asocia con cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación, como urgencia, dificultad o sensación de evacuación incompleta, alteración en la consistencia o frecuencia de las deposiciones, o distensión abdominal (Cuadro 1). El dolor abdominal es un síntoma fundamental y referido de múltiples maneras, tales como "inflamación", calambre, quemadura, ya sea profundo, punzante, y/o permanente; puede ser leve, moderado o severo y estar localizado o difuso. Predomina en los cuadrantes inferiores y especialmente en el izquierdo, se menciona también un malestar abdominal (entendiendo como molestia

una sensación desagradable que no se describe como dolor). En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos.⁸⁻¹²

Se reconocen cuatro subtipos según el comportamiento del hábito intestinal de acuerdo a las características de las deposiciones según su forma y consistencia (Escala de Bristol); SII con diarrea si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7; SII con estreñimiento si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 o 2; SII mixto si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2 como 6 o 7); y SII no tipificado si un cuadro no encaja en ningún de los anteriormente descritos (Figuras 1 y 2).^{7,13}

El diagnóstico del SII es eminentemente clínico, se basa en los Criterios de Roma III con un valor predictivo positivo del 100% con una sensibilidad de 65-75%, y en la exclusión metódica de desórdenes que tienen manifestaciones similares.¹⁴⁻¹⁷

Se ha demostrado que la prevalencia de los síntomas de SII entre los estudiantes universitarios, especialmente con manifestación moderada o grave, tiene un impacto considerable en la calidad relacionada con la salud, calidad de vida y el funcionamiento diario. Estos estudiantes muestran valores significativamente más elevados de la tensión mental y estrés crónico.¹⁸⁻²¹ El siguiente estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de SII según los Criterios Roma III en residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social número 171 e identificar las

Cuadro 1. Criterios diagnósticos ROMA III para el Síndrome de Intestino Irritable

Dolor o malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes:

1. Mejoría con la defecación.
2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces.
3. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces.

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

González-Gamarra RG, et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4:381-386.

características sociodemográficas de los mismos.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo incluyendo a la totalidad de residentes de medicina familiar (n=58) de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social número 171. Se aplicó un cuestionario de recolección de datos que incluyó a los Criterios de Roma III para diagnóstico de SII, previo consentimiento informado. Con el programa SPSS versión 19 se realizó el análisis estadístico de los resultados. Para la estadística descriptiva se utilizó frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas media, mediana, moda y para la diferencia entre proporciones se utilizó χ^2 .

Resultados

De la población estudiada (n=58), 64% (n=37) fueron mujeres y la media de edad fue de 30 años.

La prevalencia de SII que se encontró de acuerdo a Criterios de Roma III fue del 50% (n=29) (Figura 3). Del total de residentes que cumplieron con los Criterios Roma III y se clasificaron como portadores, el 65% (n=19) fueron mujeres. En relación a su estado civil 48% (n=12) eran solteros, 41% (n=12) eran casados y 11% (n=3) vivían en unión libre. En cuanto a los resultados por grado de residencia, de los 29 residentes que si presentaron SII según los Criterios Roma III; 41% (n=12) eran residentes de primer grado, 35% (n=10) eran de segundo grado y 24% (n=7) eran de tercer grado (Figura 4).

Finalmente en relación a los subtipos de SII, el subtipo no tipificado lo presentaron 38% (n= 11), 24% (n=7) con el

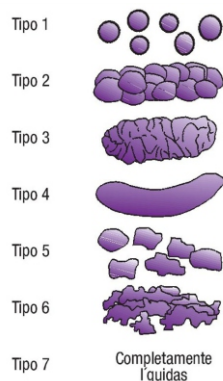


Figura 1. Escala de Bristol para evaluar las heces y clasificación las deposiciones según su forma y consistencia. Tomado de Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.

Prevalencia de síndrome de intestino irritable en residentes de medicina familiar

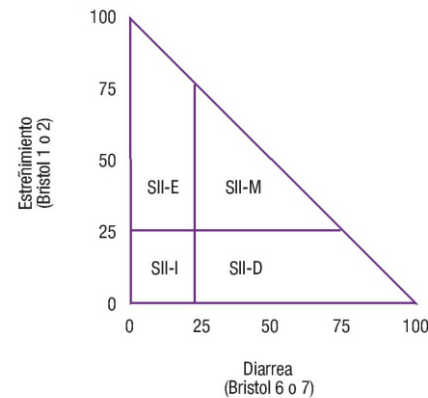


Figura 2. Subtipos de síndrome de intestino irritable (SII) de acuerdo con la escala de Bristol. (SII-E) SII con estreñimiento, (SII-D) SII con diarrea, (SII-M) SII con hábito mixto, (SII-I) SII sin subtipo (inclasificable). Tomado de Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.

subtipo mixto, 21% (n=6) con el subtipo con diarrea y 17% (n=5) con estreñimiento. En la comparativa el sexo de los participantes ($p=0.785$), su estado civil ($p=1.0$), el grado de residencia médica ($p= 0.430$) no fueron estadísticamente significativos para su asociación con el diagnóstico de SII ni para el subtipo presentado ($p= 0.720$).

Discusión

Hemos confirmado que basados en criterios clínicos establecidos, es posible detectar la presencia de SII en los residentes, cabe comentar que ninguno de ellos había solicitado anteriormente consulta por ninguno de los síntomas referidos en las encuestas; no hacerlo impide que la situación real de SII se conozca o que exista un subregistro de datos.

Los estudios sugieren que la sola interrogación de los Criterios Roma III, son suficientes para hacer el diagnóstico de SII, con lo que de aplicarlos en la consulta diaria se lograría de manera clínica conocer la incidencia de este problema en nuestra localidad, favoreciendo la implementación de estrategias y líneas de acción en su abatimiento.

Las revisiones publicadas sobre SII reconocen la seriedad del problema desde las perspectivas de la salud y la justificación de realizar un diagnóstico oportuno incluye la disminución del riesgo de incrementar el ausentismo laboral derivado de este padecimiento y la afectación a la calidad de vida de cualquier persona que lo padezca como parte del cuidado de la salud, aún cuando las evidencias no motiven la justificación.

En el presente estudio pudimos observar que el SII es un problema de salud presente en un alto porcentaje de los

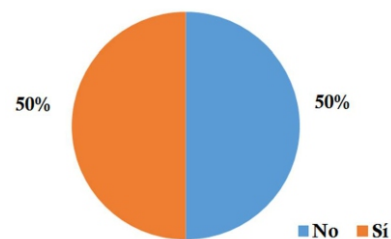


Figura 3. Prevalencia de SII según los criterios Roma III. En la gráfica se esquematiza el porcentaje de residentes que fueron diagnosticados con SII de acuerdo con los Criterios Roma III.

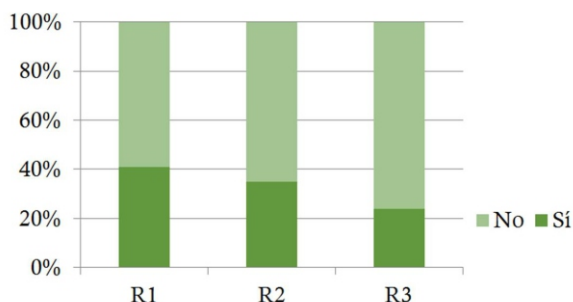


Figura 4. Prevalencia de SII por grados de residencia médica. Se aprecia que la prevalencia de SII es inversamente proporcional al grado de residencia, siendo los residentes de primer año los más afectados y disminuye la prevalencia conforme aumenta el grado de residencia.

residentes de la especialidad de medicina familiar, principalmente en los de primer año con una prevalencia del 50%, muy similar con los registros publicados en la población general con una prevalencia del 20 al 50%.¹

En este trabajo el tipo de SII más frecuente fue el SII no clasificable con un 38%, estos resultados no son compatibles con lo publicado por Vargas-Mendoza y cols.⁶ en el 2012 que reportan que en México el subtipo de SII más frecuentemente encontrado es el SII mixto, seguido del SII con estreñimiento, que en comparación con nuestro estudio fue ciertamente el tercer subtipo más frecuente seguido del SII con diarrea, igual así Schmulson M y cols.¹⁶ en su estudio prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los Criterios de Roma III donde la mayor frecuencia está representada por el SII de tipo mixto.

El SII en si mismo es un problema importante que merece atención y su posible relación con algunos factores de riesgo derivados de los factores sociodemográficos son merecedores de estudio, por ejemplo en los resultados de la X2 realizada a las variables de SII con sexo, estado civil, así como grado de residencia con las subclasificaciones de SII; los valores de p , en ninguno fue estadísticamente significativo.

En relación al grado de residencia llama la atención que el

mayor porcentaje de los residentes con SII son los de primer año y que tal como lo muestra la literatura Vargas-Mendoza JE y cols.⁶ en su estudio *Síndrome del Intestino Irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida*; quizá esto pueda estar relacionado con el mayor grado de estrés que manejan los residentes en un primer año de la residencia, al menos así lo refiere Bautista Cerecedo R y cols.¹⁷ en su estudio *Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de medicina*, donde se observa que los estudiantes de medicina son personas que por la naturaleza de su trabajo están constantemente sometidas al estrés y carga de trabajo muy demandante.

Por ultimo el SII en relación con el sexo tal como lo refieren estudios como los de Córdova Pluma VH y cols.³ y varios otros como los de Gonzales Gamarra RG² donde se corrobora que el SII es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino con una relación 2:1.

Conclusiones

Se identificó al SII como un problema presente en los residentes de la UMF 171 del IMSS con una prevalencia de 50%.

El síndrome de intestino irritable es una afección muy detectada y tratada en el primer nivel de atención aunque generalmente es subdiagnosticada por lo que su detección mediante la aplicación de los Criterios de Roma III hará que los pacientes que contesten positivo para SII puedan ser tratados oportunamente de una manera multidisciplinaria. Es muy importante que los profesionales de la salud, tanto del sistema público como privado se involucren en el diagnóstico y tratamiento del SII. De igual manera incorporar a la rutina de trabajo la búsqueda activa de signos y síntomas, así como factores de riesgo para SII, y para ello lo más aconsejable es la capacitación en el uso de instrumentos de pesquisa como son los Criterios de Roma III ya bien validados en población mexicana.

Referencias bibliográficas

1. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. 20 abril de 2009.
2. Gonzales-Gamarra RG et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2012;32-4: 381-386.
3. Córdova-Pluma VH et al. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. *Med Int Mex* 2008;24(2):120-4.
4. Remes-Troche JM. Actualidades en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable: el papel de las infecciones. *Med Int Mex* 2012;28(5):461-472.
5. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los Criterios de Roma III, en un estudio clínico, metacéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gastroenterología de México* 2010;4(75):427-438.
6. Vargas-Mendoza JE, Manuel-Martínez AE, Elizarraras-Rivas J. Síndrome del intestino irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2012;6(1):57-64.
7. Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos Criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.
8. Pozos ME, González FA, Lara D MY, García E S, Cabrales T C, Sánchez R. Aptitud clínica sobre síndrome de intestino irritable en médicos de primer nivel de atención. *Revista Medicina, Salud y Sociedad*. 2011;1(2):1-10.
9. Castañeda-Sepúlveda R. Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria* 2010; 12(46):39-46.
10. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005.
11. Ruepert L, Quintero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011.
12. Magdy El-S. Irritable bowel syndrome: Diagnosis and patogénesis. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(37):5151-5163.
13. Zolezzi-Francis A. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol Perú* 2007;27:177-184.
14. Guía de Práctica clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable. México: Secretaría de Salud; 2008.
15. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quintero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009.
16. J. Schmulson M. El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). *Rev Méd Chile* 2008;136:1398-1405.
17. Bautista-Cerecedo R, Ortiz-Espinosa RM, Muñoz-Juárez S. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2011; 54(3):4-11.
18. Gulewitsch MD. Mental Strain and Chronic Stress among University Students with Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Res Pract*. 2013:20-64.
19. Otero-Regino W, Gómez-Zuleta M. Síndrome de intestino irritable. *Rev Col Gastroenterol* 2005; 20(4):72-83.
20. Casellas-Jordáa F, López-Vivanco J. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(2):58-68.
21. Mearin F, Perelló A, Perona M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27(3):24-3.

Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años

Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Víctor Miguel Martín del Campo-Guzmán

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: APGAR familiar, dependencia a nicotina, funcionalidad familiar.

Keywords: Family APGAR, family dysfunction, nicotine dependence.



Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años

Delgado-Quiñones EG, Martín del Campo-Guzmán VM

Resumen

Introducción

El tabaquismo es un trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de tabaco, el cual contiene nicotina, una sustancia adictiva. En México es considerado un problema de salud pública y los integrantes de la familia pueden alejar o exponer a los jóvenes a dicho problema de salud, por lo cual el objetivo de este estudio es conocer la relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores en la Unidad de Medicina Familiar 171.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal analítico, de muestreo no probabilístico, que incluyó a jóvenes fumadores de 15 a 24 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar 171. Se tomaron sus datos socio-demográficos y se aplicaron los cuestionarios APGAR familiar y Fagerström. Se utilizó el programa SPSS Versión 19 para la estadística descriptiva, χ^2 para diferencia de proporciones y correlación de Pearson.

Resultados

En el estudio participaron 71 jóvenes, de 15 a 24 años con una media de edad de 20.6 años, los cuales presentaban tabaquismo activo. En cuanto a funcionalidad familiar, se encontraron normofuncionales 78.9%, con disfunción leve el 16.9% y presentando disfunción grave el 4.2%. El nivel de dependencia a la nicotina resultó con dependencia leve en el 80.3%, dependencia moderada en el 18.3% y dependencia grave en el 1.4%. La relación entre la percepción de funcionalidad familiar y el nivel de dependencia a la nicotina mediante la correlación de Pearson resultó un valor de $r=0.003$.

Discusión

De acuerdo con los datos obtenidos la funcionalidad familiar se encontró normo-funcional en la mayoría de los pacientes, siguiéndole en orden de frecuencia la disfunción leve y al final la disfunción grave. El nivel de dependencia se encontró en su mayoría leve y posteriormente decreciendo la frecuencia para moderada y para grave. Finalmente, se concluye que existe una correlación positiva entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina.

Palabras clave: APGAR familiar, dependencia a nicotina, funcionalidad familiar.

Servicio de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060 Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.

Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Relation between family functionality perception and nicotine dependence in 15 to 24 years old young smokers

Abstract

Introduction.

Smoking is a mental and behavioral disorder due to the consumption of tobacco, which contains nicotine, an addictive substance. In Mexico, it is considered a public health problem and family is an important means that can distance from or expose youngsters to smoking, consequently the objective of this study is to know the relation between family functionality perception and nicotine dependence in young smokers.

Material and methods.

A cross-sectional analytic study was done with a non-statistical sampling that included 15 to 24 years old young smokers. Their sociodemographic data was taken and the family APGAR and Fagerström questionnaires. The SPSS program version 19 was used for the descriptive statistics, χ^2 for the difference in distribution and Pearson Correlation.

Results.

In this study seventy one 15-to-24-years-old young with an average age of 20.6, who presented active smoking. As for the family functionality, they were norm functional in 78.9%, with a mild dysfunction 16.9% and presenting severe dysfunction in 4.2%. The mild level of dependence to nicotine turned out as 80.3%, moderate dependence in 18.3% and high dependence in 1.4%. The relation between family functionality perception and the level of dependence to nicotine through the Pearson correlation resulted in $r=0.003$.

Discussion.

According to the data obtained, the family functionality was found as normo functional in the majority of the patients, being the mild dysfunction less frequent, and as for the severe dysfunction less than the mild. The level of dependence was found majorly mild and subsequently decreasing the frequency to moderate and severe. Finally, it is concluded that there is a positive correlation between family functionality and nicotine dependence.

Key Words: Family APGAR, family dysfunction, nicotine dependence.

Introducción

El tabaquismo se encuentra clasificado en el CIE-10 como un trastorno mental y del comportamiento, debido al consumo de tabaco el cual contiene nicotina, una sustancia psicoactiva. El consumo de tabaco en México representa un problema de salud pública que tiene una alta prevalencia, que afecta primordialmente a grupos vulnerables como son los niños, jóvenes y mujeres.¹

En cuanto a su epidemiología, el consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantienen como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas al año.²

En México la prevalencia de fumadores activos en la población de 12 a 65 años es del 21.7%, mientras que si hacemos un comparativo por regiones el Distrito Federal presenta la prevalencia estimada más alta en el país (30.8%), seguido de la región Occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) que reporta una prevalencia de 24.7%. El sexo masculino es el que tiene la mayor prevalencia de tabaquismo activo con un 31.4% contra un 12.6% en mujeres.³ Por esta razón se realizan esfuerzos por controlar este problema, como es el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco

(CMCT), este es un tratado mundial que sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de control del tabaco para hacer frente a la epidemia creciente de su consumo.³

También existen actualmente herramientas que nos permiten abordar este problema, como el test de Fagerström; un cuestionario auto-administrado y diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos,⁴ el cual cuenta con una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.56 a 0.64 estando validado para poblaciones de habla hispana.⁵

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, la enfermedad que sufre un individuo puede afectar en gran manera el funcionamiento de la unidad familiar, de la misma forma que el grupo familiar influye en la salud de sus integrantes. Debido a esto los contextos físicos, emocionales y sociales de esta enfermedad, no deben ser considerados separadamente.⁶

La evaluación del nivel de funcionalidad familiar es utilizando la "escala de funcionamiento familiar APGAR" por sus siglas: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento (*growth*), Afectividad y Resolución, la cual es un cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros. La consistencia interna de la escala es de 0.81 y

la fiabilidad del test-retest es de 0.81.⁷

En nuestro entorno se han hecho estudios para tratar de asociar el tabaquismo con factores psicosociales y familiares, como es el caso del trabajo de Zuzulich-Pavel y cols., quienes encontraron que una mala relación con sus padres, sobre todo en jóvenes⁸; en otro estudio, realizado en Colombia, se encontró que tener padres y hermanos fumadores se asocia con el desarrollo del hábito tabáquico.⁹

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores en la Unidad de Medicina Familiar número 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, analítico, de muestreo no probabilístico, que incluyó a jóvenes fumadores de 15 a 24 años de edad, que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar número 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social y que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado, así como la carta de asentimiento en caso de ser menores de edad y que concluyeron el cuestionario.

El tamaño de muestra se calculó con el programa Epi Info versión 6 basándonos en datos reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 la cual reporta que en México la prevalencia de tabaquismo en el occidente del país es de 24.7%. El resultado fue una muestra de 71 pacientes calculado con un intervalo de confianza de 95%.

Se aplicó una ficha de identificación además de los cuestionarios de APGAR familiar y Fagerström. Con el programa SPSS Versión 19 se realizó la base de datos, el análisis estadístico y la representación de los resultados con gráficos. Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas y media para las cuantitativas. Se utilizó la χ^2 para diferencia de proporciones entre la variable dependiente y las variables socio-demográficas. Aplicación de correlación de Pearson para analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la dependencia a la nicotina.

Resultados

En el estudio se incluyó a 71 jóvenes, de 15 a 24 años con una media de edad de 20.6 años de edad, el 40.8% (N=29) fueron mujeres y el 59.2% (N=42) hombres. El 14.1% (N=10) eran casados, 31% (N=22) vivían en unión libre y el 54.9%

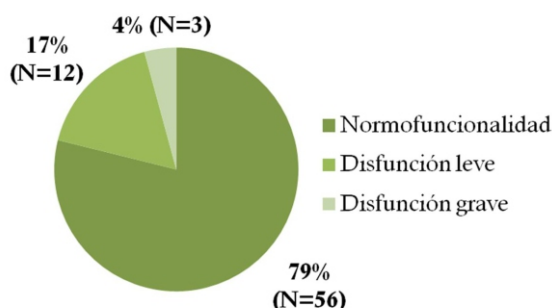


Figura 1. Funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina

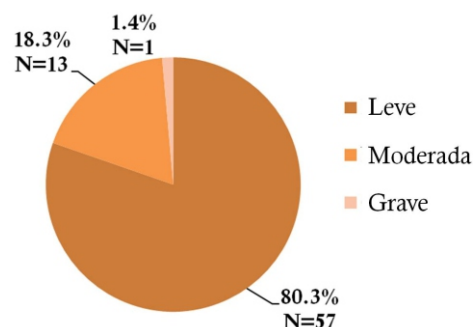


Figura 2. Dependencia a la nicotina.

(N=39) solteros. La escolaridad fue en el 35.2% (N=25) secundaria, 45.1% (N=32) preparatoria y 19.7% (N=14) licenciatura. De acuerdo a su ocupación el 16.9% (N=12) estudiantes, 42.3% (N=30) empleados, el 26.8% (N=19) estudiantes que además tenían empleo y el 14.1% (N=10) señalaron dedicarse al hogar.

En cuanto a la percepción de funcionalidad familiar, el 78.9% (N=56) de los jóvenes encuestados presentaron normo-funcionalidad familiar, el 16.9% (N=12) disfunción leve, mientras que el 4.2% (N=3) reveló disfunción grave (Figura 1).

El nivel de dependencia a la nicotina medido con el test de Fagerström resultó en dependencia leve en el 80.3% (N=57) de los jóvenes encuestados, dependencia moderada en el 18.3% (N=13) y dependencia grave en el 1.4% (N=1) (Figura 2).

El valor de χ^2 para diferencia de proporciones entre nivel de dependencia a la nicotina y las variables socio-demográficas fue de $p=0.829$ para edad, para sexo $p=0.375$, para estado civil $p=2.453$, para escolaridad $p=4.372$ y para ocupación $p=0.002$.

Finalmente la relación entre la percepción de funcionalidad familiar y el nivel de dependencia a la nicotina tuvo una correlación de Pearson de $r=0.003$.

Discusión

En la presente investigación la media de edad fue de 20.6 años, la mayoría de ellos fueron hombres (59.2%), la soltería fue el estado civil mayormente reportado (54.9%), con escolaridad de preparatoria en un 45.1% y la ocupación más frecuente fue empleado en un 42.3%.

Respecto a la funcionalidad familiar, es de llamar la atención, que la mayor parte de los encuestados, refirió un nivel de normo-funcionalidad familiar representando el 78.9% de la muestra, mientras que sólo el 16.9% calificó para disfunción leve y el 4.2% para disfunción grave. Cuando se comparan estos resultados con el nivel de dependencia a la nicotina, medido con el test de Fagerström, observamos porcentajes similares, es decir, que la mayoría reporta una dependencia a la nicotina leve en 80.3% de los encuestados, moderada en el 18.3% y dependencia grave en el 1.4%.

La ocupación, fue la única variable socio-demográfica que presentaba una diferencia de proporciones estadísticamente significativa con dependencia a la nicotina.

Al tomar estos valores para calcular la relación existente

entre la funcionalidad familiar y la dependencia a la nicotina, el coeficiente de correlación de Pearson nos arroja un resultado de $r=0.003$, lo cual manifiesta una relación positiva entre estas dos variables.

Estos resultados concuerdan con otros estudios realizados en América Latina dentro de los que destaca el de Navarro-Lechuga y cols., quienes desarrollaron un estudio de casos y controles en Colombia, en jóvenes, en el cual buscaban los factores de riesgo asociados al tabaquismo, si bien no a la dependencia a la nicotina como tal, encontraron que la disfunción familiar presentaba un razón de momios de 2.3 por tabaquismo, por lo que se entiende como un fuerte factor de riesgo.¹⁰

En otro estudio descriptivo desarrollado también en Colombia Veloza-Gómez y cols. en el cual se incluyó a 451 estudiantes, se refiere a los conflictos familiares como una de

las situaciones con mayor prevalencia entre las que impulsan a los jóvenes a fumar, lo cual concuerda también con los resultados de este estudio.¹¹

Conclusiones

La relación existente entre la percepción de funcionalidad familiar y el nivel de dependencia a la nicotina en estos jóvenes se demostró por medio de la correlación de Pearson, la cual tuvo un resultado de 0.003, por lo que esta correlación es positiva e implica que existe una dependencia entre estas dos variables, la cual puede llegar a ser cuantificada mediante otro tipo de estudio.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Secretaría de Salud México.
2. Who report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization 2011.
3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero López CM, Lazcano Ponce E y cols. México DF, México: INPRFM, 2012.
4. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978;3:235-46.
5. Becona E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 1998; 83(3 Pt2):1455-8.
6. Huerta-González JL. Medicina Familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfíl. México DF. 1ª edición. 2005;1(9) 57-8
7. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat valenciana. *Conselleria de sanitat*, 2004.
8. Zuzulich-Pavel MS, Cabieses-Valdés B, Pedrals Gibbons N. Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010;28(2):232-9.
9. Cogollo Z, Gómez E, Campo A. Consumo de cigarrillo entre estudiantes de Cartagena, Colombia: factores familiares asociados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009;27(3): 259-63.
10. Navarro-Lechuga E, Vargas Morante R, Martínez-Olivo R, et al. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2005;21:3-14.
11. Veloza-Gómez M, Simich L, Strike C, et al. Medio social y uso simultáneo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de pregrado de carreras de ciencias de la salud de una universidad, cundinamarca -colombia. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21:41-8.

Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60

Laura Andrea López-Trejo, Rosalba Orozco-Sandoval, Carlos Alberto Borboa-García
y Laura Rocío Flores-Alvarado

Autor para correspondencia

Laura Andrea López Trejo. Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.
Contacto al correo electrónico: dra.andrealopezt@hotmail.com

Palabras clave: Depresión, deterioro cognitivo, mayores de 60 años.

Keywords: Cognitive impairment, depression, older than 60 years.



Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60

López-Trejo LA^a, Orozco-Sandoval R^a, Borboa-García CA^b, Flores-Alvarado LR^a

Resumen

Introducción

En el proceso de envejecimiento, existen cambios biológico-fisiológicos que son propios de esta etapa donde generalmente no se reconoce la depresión como una patología y el deterioro cognitivo se considera esperado y común en el anciano. La depresión ocasiona aislamiento social y el deterioro pérdida de la autonomía, disminuyendo la calidad de vida de quien lo presenta. Se ha postulado que existe una relación entre ambas patologías. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60 años que acuden a Unidad de Medicina Familiar número 171.

Material y métodos

Estudio transversal analítico, muestreo no probabilístico por conveniencia realizado en 217 pacientes previa firma de consentimiento informado mayores de 60 años que acudieron a la Unidad Médico Familiar 171. Se aplicó el test de Folstein para deterioro cognitivo y la escala de Yesavage para depresión. Análisis estadístico con: mediana, desviación estándar (DE), coeficiente de correlación de Pearson y *Odds Ratio* (OR) considerando significativa una $p < 0.05$.

Resultados

Participaron 217 pacientes. 43.3% (n=94) hombres y 56.7% (n=123) mujeres. La media de edad fue 69 años DE 5.45. El 60.4% (n=131) eran casados, el 24.9% (n=54) viudos y 6% (n=13) divorciados. El 41% (n=89) tenía escolaridad de primaria trunca, el 18% (n=39) primaria completa y 15.7% (n=34), licenciatura completa. En comorbilidades, el 34.1% (n=74) presentaron hipertensión arterial, el 26.3% (n=57) diabetes e hipertensión arterial. El 51.6% (n=112) se dedican a labores del hogar y el 24.9% (n=54), son pensionados. El 38.7% (n=84) presentan deterioro cognitivo y el 25.8% (n=56) presentan depresión. El OR de 4.723 IC 95% (2.48-9.040) $p=0.00$ y correlación de Pearson con $r=0.683$.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que existe una probabilidad de riesgo de presentar depresión y deterioro cognitivo en los ancianos de nuestra Unidad de Medicina Familiar además de una correlación positiva.

Palabras clave: Depresión, deterioro cognitivo, mayores de 60 años.

a. Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

b. Servicio de Geriatría, Hospital General de Zona 89, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Laura Andrea López Trejo.
Especialización en Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.
Contacto al correo electrónico: dra.andrealopez@hotmail.com

Relation between cognitive impairment and depression in patients 60 years and older

Abstract

Introduction.

Aging is related to proper physiological and biological processes. Most of the times depression and cognitive impairment are not recognized and taken as part of the natural aging course. Depression causes social alienation and loss or deterioration of autonomy which further deteriorates quality of life. It is stated that there is a relation between both pathologies. The objective of this study is to know the relation between cognitive impairment and depression in patients older than 60 years who attend the Family Medicine Unit 171.

Material and methods.

This is a transversal, analytic study with non-probabilistic sampling convenience applied on 217 patients who attended Family Medicine Unit 171. All of them signed informed consent. Fostein test was used to evaluate cognitive impairment and Yesavage Score for depression. Statistical analysis used median, standard deviation (SD), Pearson's correlation coefficient and Odds Ratio (OR), we considered significant $p < 0.05$.

Results.

217 patients participated. 43.3% ($n=94$) were men and 56.7% ($n=123$) women. Mean age was 69 years of 5.45. 60.4% ($n=131$) were married, 24.9% ($n=54$) widowed, and 6% ($n=13$) divorced. School level was reported as follows: 41% ($n=89$) incomplete elementary school, 18% ($n=39$) completed elementary school, and 15.7% bachelor's degree. Subjects reported the following comorbidities: arterial hypertension 34.1% ($n=74$), 26.3% ($n=57$) diabetes and arterial hypertension. 51.6% ($n=112$) did housework, while 24.9% ($n=54$) were retired. 38.7% ($n=84$) showed cognitive impairment and 25.8% ($n=56$) suffered depression. OR of 4.723, CI 95% (2.48-9.040) $p=0.00$ and Pearson's correlation with $r=0.683$.

Discussion.

Results show there is a positive correlation and a risk probability of presenting depression and cognitive impairment in elderly from our FMU.

Key Words: Cognitive impairment, depression, older than 60 years.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor a toda aquella persona mayor de 60 años de edad. En México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que representan 9% del total de la población, su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. Se espera que en las siguientes tres décadas, la población mayor de 60 años crezca 159% en los países subdesarrollados. Actualmente en la población mexicana, la esperanza de vida se ha calculado en 76.4 años para población en general. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es apenas de 65.8 años, lo que significa que en los últimos 10.6 años hay una carga de enfermedad y dependencia para el anciano.¹

Tradicionalmente, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar, donde el deterioro cognitivo y la depresión conllevan a una dependencia funcional.² En un estudio reciente, se encontró que el deterioro cognitivo se presenta en el 13.8% y la depresión en el 29.1% de ancianos ambulatorios en la zona metropolitana de Guadalajara.³

La OMS define la depresión como un trastorno mental

frecuente, caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento y sensación de incapacidad para afrontar las actividades.³ Se ha observado que los ancianos tienen mayor dificultad para alcanzar la remisión y que presentan mayor riesgo de recaídas que los adultos jóvenes: 15% frente a un 6.7%.⁴

Existen múltiples instrumentos de evaluación que facilitan la identificación de probables casos de depresión y aunque ninguno de ellos sustituye la evaluación clínica cuidadosa que confirme el diagnóstico, la escala de Yesavage o GDS-15 es recomendada en la literatura médica, puede ser autoaplicable de fácil comprensión y en corto tiempo, tiene sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%, lo que la convierte en una herramienta utilizable en la consulta diaria.⁵

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de la percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, algunos de los cuales sufren un grado de deterioro variable con el envejecimiento.⁶ El deterioro cognitivo se caracteriza por presentar déficits en una o más funciones cognitivas superiores, manteniendo la independencia en las habilidades

funcionales, acompañado de una preocupación del propio paciente o de su familiar. Dicho en otras palabras existe una disminución en el rendimiento de la memoria más acentuado al que cabría esperar como consecuencia de la edad, sin repercutir en las actividades de la vida diaria con plena conciencia del paciente.⁷

Debido a que el deterioro intelectual es la primera causa de incapacidad en el adulto mayor⁸ es fundamental en atención primaria, contar con instrumentos que permitan detectar, la existencia de una alteración cognitiva.⁹

El progreso de deterioro cognitivo a demencia se presenta en 70% de los pacientes en un plazo de 5 años.³

El *Mini Mental State Examination* (MMSE) o test de Folstein se utiliza como cribado de demencia, para determinar su severidad así como el cambio a lo largo del tiempo o la respuesta al tratamiento. Es el más utilizado a nivel mundial y validado en población mexicana con una sensibilidad del 82% y especificidad del 84%.^{2,9} Evalúa los dominios de: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y praxis constructiva.

Se ha postulado que existe una relación entre la depresión y los síntomas de deterioro cognitivo^{3,4} por lo que el objetivo del presente estudio es conocerla.

Material y métodos

Estudio transversal analítico con un muestreo no probabilístico por conveniencia en pacientes mayores de 60 años que acudieron a los servicios de la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171) en un periodo de 5 meses. Todos firmaron consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con diagnóstico o tratamiento de depresión, con antecedente de evento cerebral vascular y los pacientes diagnosticados con demencia. Se les aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas, el test de Folstein y la escala de Yesavage. Se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 19. Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: media, mediana, moda, desviación estándar (DE), *odds ratio* (OR) con intervalo de confianza (IC) al 95%, se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo y correlación de Pearson.

Resultados

Se estudiaron 217 participantes, 43.3% (n=94) fueron hombres y 56.7% (n=123) mujeres, con una mediana de edad de 69 años, DE +5.45. El 60.4% (n=131) de los participantes estaban casados, 24.9% (n=54) viudos y 6% (n=13)

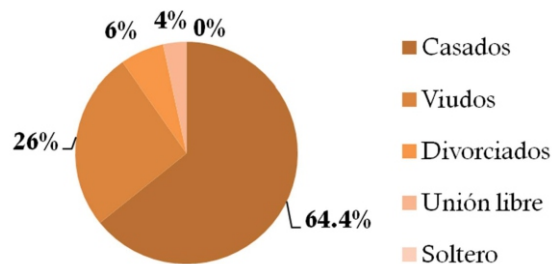


Figura 1. Estado civil de los pacientes participantes. Se observa que la mayoría de los pacientes son casados con un 60.4%.

Tabla 1. Ocupación actual de los pacientes participantes.

	Porcentaje	Número
Labores de hogar	51.6	112
Pensionado	24.9	54
Empleado	12.4	27
Jubilado	6.5	14
Comerciante	4.6	10

En esta tabla se observa la ocupación de los participantes, dedicándose en su mayoría a las labores del hogar.

divorciados como se ejemplifica en la figura 1. La ocupación actual de los pacientes se describe en la tabla 1. El 41% (n=89) de los pacientes, tuvieron escolaridad de primaria trunca, 18% (n=39) primaria completa seguidos por el 15.7% (n=34) licenciatura completa.

Dentro de comorbilidades, el 34.11% presentaron hipertensión arterial, el 30.4% se refirió sano, el 26.3% (n=57) presentó hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y el 9.2% (n=20) presentó sólo diabetes mellitus 2 (Figura 2). De acuerdo a la escala geriátrica de depresión, el 25.3% (n=55) presentan depresión, los resultados aparecen en la figura 3 y un 38.6% (n=84), deterioro cognitivo (Figura 4).

Se realizó análisis estadístico con el coeficiente de correlación de Pearson entre depresión y deterioro cognitivo con $r=0.683$ y una $p=0.000$. En la prueba estadística $OR=4.723$ (IC 95% 2.468-9.040, $p=0.00$) (Tabla 2 y 3).

Discusión

Las comorbilidades más comunes corresponden a lo citado en la bibliografía: hipertensión arterial o hipertensión arterial con Diabetes Mellitus, sin embargo, llama la atención que un gran número de pacientes negó presentar patologías y sólo acude a la UMF, a los servicios de medicina preventiva, trabajo social como acompañante de conyugue o hijos.

El porcentaje de pacientes afectados por depresión es ligeramente menor a lo que se ha reportado en la literatura para ancianos residentes de la Zona Metropolitana de Guadalajara,³ donde encuentran un 29.1% por un 25.8% en este estudio, aunque se mantiene dentro del rango de otras publicaciones que mencionan es hasta un 66% para personas ancianas no hospitalizadas ni residentes de hogares de descanso.⁶

El deterioro cognitivo se encontró en el 38.71% que sobrepasa lo que se ha reportado en la literatura para ancianos

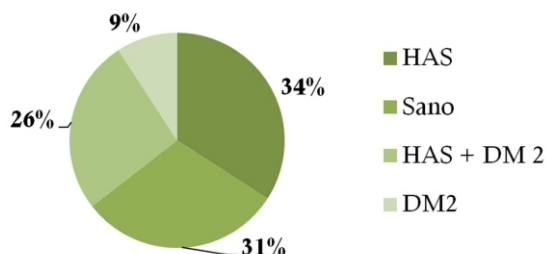


Figura 2. Comorbilidades en pacientes participantes.

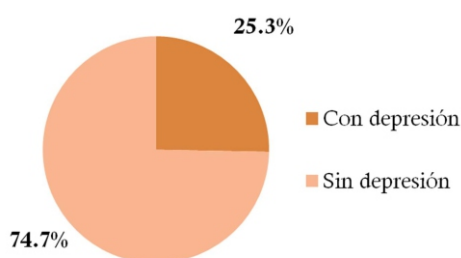


Figura 3. Presencia de depresión en los pacientes participantes. Se observa que el 25.3% (n=55) de los pacientes participantes, presentaron algún grado de depresión.



Figura 4. Deterioro cognitivo en los pacientes participantes. Se observa que el 38.6% (n=84) de los pacientes presentaron deterioro cognitivo.

residentes de Guadalajara con un 13.2% y utilizando el mismo instrumento.³

La escala de Yesavage es un instrumento rápido, fácil de responder por pacientes con y sin escolaridad, por lo que es un instrumento útil en el primer nivel de atención para identificar pacientes que cursen con depresión.

En el grupo de adultos que participaron en este estudio, se encontró que existe depresión y deterioro cognitivo con una asociación presente entre ambas variables.

El presente estudio se limitó a pacientes con escolaridad de tercero de primaria o más por el instrumento utilizado, por lo que los pacientes analfabetas no se incluyeron. Como fortalezas se utilizaron cuestionarios validados al idioma español y se utilizó un intervalo de confianza al 95%.

Conclusión

Contrario a los que se ha reportado en la literatura⁶ en este estudio encontramos que sí existe una correlación entre pacientes con depresión y deterioro cognitivo, presentando una probabilidad de riesgo mayor a 4 veces.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Manrique-Espinoza B, Salinas A, Moreno K. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública de México*. 2013; 55: 323-332.
2. Durán, T, Aguilar R, Martínez M. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10: 36-42.
3. Ortiz G, Arias E, Flores M. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2012.
4. Fiske A, Loebach J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 363-389.
5. Sánchez S, Juárez T, Gallegos K. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2012; 35:71-77.
6. Fiske A, Loebach J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 363-389.
7. Vallejo J, Rodríguez P. Prevalence of the mild cognitive impairment in institutionalized elders. *Gerokomos*. 2010; 21: 153-157.
8. Alanís G, Garza J, González A. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 46: 27-32.
9. Villarejo A, Puertas V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 2011; 26:425-433.

Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Carlina Pulido-Guerrero, Cristina Navarro-Sandoval, Wendy Guadalupe Rivera-Valdivia y Minerva Natalia Sahagún-Cuevas

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Escala internacional de síntomas prostáticos, hipertrofia prostática benigna, sintomatología prostática.

Keywords: Benign prostate hyperplasia, International Prostate Symptom Score, prostatic symptoms.



Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar

Delgado-Quiñones EG, Pulido-Guerrero C, Navarro-Sandoval C, Rivera-Valdivia WG, Sahagún-Cuevas MN

Resumen

Introducción

La hiperplasia benigna de próstata es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre el primer y segundo nivel de atención en salud. Aproximadamente el 61% de la población en México reporta sintomatología prostática, a partir de los 55 años; 25% sufre de datos obstructivos a los 75 años, y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario. El objetivo principal es determinar la prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar 171.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo, muestreo no probabilístico por criterio en 92 pacientes mayores de 60 años de los servicios de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con aplicación de la Escala Internacional de Síntomas Prostáticos. Se utilizó estadística descriptiva y χ^2 para diferencia de proporciones entre la edad y síntomas prostáticos.

Resultados

La edad promedio fue de 69.06 ± 6.47 . Se encontró una prevalencia de pacientes con síntomas prostáticos moderados y severos que requieren de intervención en un 43.5% ($n=40$). Síntomas leves 56.5% ($n=52$), 35.9% ($n=33$) presentaron síntomas moderados, 7.6% ($n=7$) con síntomas severos. En cuanto a resultados de la calidad de vida, pacientes que se calificaron con buena calidad de vida: 89.13% ($n=82$), mala calidad de vida: 10.87% ($n=10$). La χ^2 para diferencia de proporciones entre la edad y síntomas prostáticos se obtuvo un valor de $p > 0.44$.

Discusión

Los resultados obtenidos del análisis estadístico demostraron que la prevalencia de pacientes con síntomas prostáticos moderados a severos que requieren de intervención en la Unidad de Medicina Familiar 171, es alta con un 43.5%. En cuanto a la calidad de vida, la mayoría de los pacientes se sintieron satisfechos. No existió diferencia de proporciones estadísticamente significativa entre la edad y síntomas prostáticos.

Palabras clave: Escala internacional de síntomas prostáticos, hipertrofia prostática benigna, sintomatología prostática.

Servicio de Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar 171,
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones.
Médico especialista en Medicina
Familiar. Profesor Titular de la
Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar
171. Instituto Mexicano del Seguro Social,
Delegación Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496,
Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060,
Zapopan, Jalisco, MX.
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico:
dra.ednagd@hotmail.com

Prevalence of prostatic symptoms in patients older than 60 years from a family medicine unit

Abstract

Introduction.

Benign prostatic hyperplasia is a high prevalence disease among men over 50 years of age and it requires continuous assistance from first and second health medicine levels. Approximately 61% of Mexico's population has prostatic symptoms. After 55 years of age, 25% of the patients describe obstructive symptoms at age 75 and 50% suffer diminished strength and caliber of the urinary stream. The main objective is to determine the prevalence of prostatic symptoms older than 60 years in Family Medicine Unit (FMU) 171.

Material and Methods.

Descriptive transversal study, criteria non-probability sampling in 92 patients, older than 60 years from FMU 171 of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). We applied the International Prostate Symptom Score (I-PSS). We used descriptive statistics and χ^2 for proportion difference among age and prostatic symptoms.

Results.

The mean age was 69.06 $\pm$ 6.47. The prevalence of patients with moderate and severe symptoms that require intervention was 43.5% (n=40). Mild symptoms were present in 56.5% (n=52), moderate symptoms in 36.9% (n=33), and severe symptoms in 7.6% (n=7). 89.13% (n=82) of patients reported a good quality of life and 10.87% (n=10) reported poor quality of life. χ^2 for proportion difference among age and prostatic symptoms was of $p > 0.44$.

Discussion.

Results obtained from statistical analysis demonstrated a high prevalence of 43.5% of patients with moderate symptoms that require assistance in FMU 171. Regarding quality of life, most of the patients felt unsatisfied. Statistical proportion difference among age and prostatic symptoms was not significant.

Key Words: Benign prostate hyperplasia, International Prostate Symptom Score, prostatic symptoms.

Introducción

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre el nivel de atención primaria (AP) y de atención especializada.¹

Aproximadamente el 61% de la población en México reporta sintomatología prostática, a partir de los 55 años; 25% sufre de datos obstructivos a los 75 años, y el 50% refiere disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario.²

Los síntomas urinarios moderados son muy comunes en el hombre adulto, aproximadamente en el 40% de los hombres mayores de 60 años^{1,3} y 20-30% de los hombres a partir de la quinta década de la vida presentan Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) por lo que es importante distinguir claramente entre los pacientes que sólo presentan STUI de aquellos que comienzan a padecer HBP.⁴

En 1991 el Comité Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una reunión realizada en París recomendó el empleo de un cuestionario de 7 preguntas donde se exponen los síntomas obstructivos e irritativos, cada uno da una puntuación de 0 a 5 puntos, el IPSS nos permite cuantificar la sintomatología y conocer la relación síntomas-calidad de vida de cada paciente, orientándonos y sirviéndonos de apoyo en la toma de decisiones sobre la conducta a seguir en los pacientes con HBP.^{1,5} Al evaluar el resultado del IPSS, se considera de 0 a 7 puntos: leve, de 8 a 19

puntos: moderado y de 20 a 35 puntos: severo. Los síntomas leves pueden manejarse de forma expectante ya que se ha mostrado mejores resultados pues el padecimiento no siempre tiene un curso progresivo, los síntomas moderados pueden recibir tratamiento farmacológico, los síntomas severos requieren lo antes posible desobstrucción: tratamiento quirúrgico o procedimientos mínimamente invasivos.⁶ Para completar el IPSS al paciente se le debe preguntar sobre la repercusión que tiene la sintomatología sobre su calidad de vida aplicando el índice de valoración de calidad.⁷ Este índice no tiene una relación directa con el IPSS y depende de la variable edad y las expectativas del paciente.⁸ Los problemas relacionados con la micción pueden ser muy estresantes y afectar notablemente a la calidad de vida de los hombres, aunque la respuesta individual a estos síntomas varía ampliamente. Algunos hombres pueden tolerar sensaciones muy molestas de micción anómala, mientras que otros buscan alivio por síntomas leves.^{9,10} Es importante detectar oportunamente síntomas prostáticos y sobre todo saber en qué momento el paciente requiere de una intervención por tal motivo el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años de la UMF 171.¹⁰

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo,

Tabla 1. Síntomas prostáticos según IPSS

Síntomas leves	0-7 puntos
Síntomas moderados	8-19 puntos
Síntomas severos	20-35 puntos

con riesgo mínimo. El estudio se realizó en la UMF 171 del IMSS, en los adultos mayores de 60 años, durante los meses de marzo a agosto de 2015. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 60 años que aceptaron contestar los instrumentos y que firmaron carta de consentimiento informado, sin diagnóstico de HBP, los criterios de exclusión fueron pacientes con administración de diuréticos, con infección de vías urinarias o infección urinaria recurrente, con antecedente de cirugía o neoplasia uretral, con presencia de patología psiquiátrica diagnosticada, pacientes con vejiga neurogénica.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, a todos los pacientes que cumplían con los criterios de selección en el momento del estudio. El tamaño de la muestra fue de 92 pacientes.

Se les aplicó IPSS el cual fue diseñado para evaluación inicial de los pacientes que refieren síntomas de HPB, con una calificación de 0 a 7 puntos se clasifican con síntomas leves, de 8-19 puntos se clasificaron como síntomas moderados y de 20-35 puntos síntomas severos (Tabla 1), la prevalencia de pacientes con síntomas prostáticos que requiere de intervención se tomó en base a los pacientes con síntomas

Tabla 2. Datos sociodemográficos

Variable	Indicador	n	%
Escolaridad	Primaria incompleta	22	23.9%
	Primaria completa	23	25%
	Secundaria	15	16.3%
	Preparatoria	13	14.1%
	Licenciatura	19	20.7%
Ocupación	Hogar	1	1.1%
	Empleado	18	19.6%
	Pensionado	48	52.2%
	Jubilado	9	9.8%
	Profesionista	2	2.2%
	Otro	14	15.2%
Estado civil	Casado	70	76.1%
	Viudo	16	17.4%
	Soltero	1	1.1%
	Divorciado	5	5.4%
Religión	Católica	83	90.2%
	Cristiana	9	9.8%

Prevalencia de síntomas prostáticos en mayores de 60 años en una UMF

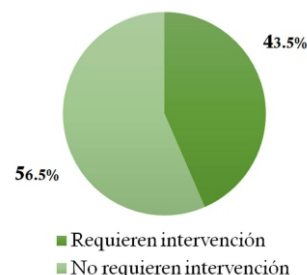


Figura 1. Fue más frecuente el tipo de pacientes que no requieren algún tipo de intervención debido a que presentaron síntomas leves.

moderados y severos, la cual fue de 43.5%.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19. Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas media, mediana, moda y desviación estándar. Se utilizó χ^2 para diferencia de proporciones entre la edad y síntomas prostáticos.

Resultados

En el estudio participaron 92 pacientes hombres que acudieron a los servicios de la Unidad de Medicina Familiar número 171 tanto en turno matutino como vespertino, de marzo a agosto del 2014, con aplicación del IPSS. La edad (media $\pm$ DE) de la muestra estudiada fue 69.06 $\pm$ 6.47 (rango de 60-87 años). La edad media fue de 69.06. En cuanto a los datos sociodemográficos los resultados se observan en la Tabla 2.

En cuanto a los resultados para la prevalencia de pacientes con síntomas prostáticos que requieren intervención fue de 43.5% (n=40) (Figura 1).

De acuerdo a puntaje a IPSS 56.5% (n=52) de los pacientes presentaron síntomas leves, 35.9% (n=33) presentaron síntomas moderados, 7.6% (n=7) con síntomas severos (Figura 2).

En cuanto a resultados de la calidad de vida se consideraron como buena calidad de vida un 89.13% (n=82) clasificados de la siguiente forma:

- 20.7% (n=19) se sentía encantado, 37% (n=34) muy satisfecho, 19.6% (n=18) más bien satisfecho, 12% (n=11) tan satisfecho como insatisfecho.

Paciente con mala calidad de vida: 10.87% (n=10) clasificados de la siguiente manera:

- 8.7% (n=8) muy insatisfecho y el 2.2% (n=2) se sentía fatal (Figura 3).

La χ^2 para diferencia de proporciones entre la edad y

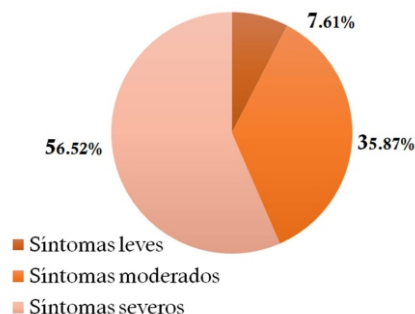


Figura 2. Prevalencia de síntomas prostáticos.

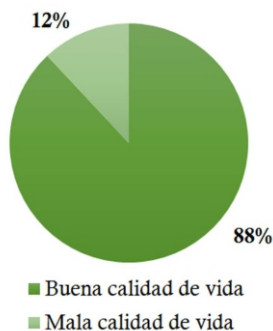


Figura 3. Calidad de vida. Prevalencia de la buena calidad de vida.

síntomas prostáticos con resultados de $p = 0.44$.

Discusión

La Organización Mundial de la Salud aconseja conocer en profundidad el comportamiento de la población respecto a la demanda de asistencia urológica.^{11,4} Es bien conocido que hay pacientes cuya actividad diaria se ve afectada por los STUI y que sin embargo nunca demandan tratamiento. Es necesario explorar las razones que determinan esta conducta, así como conocer qué porcentaje de la población adopta este comportamiento.¹¹

Los resultados obtenidos del análisis de los métodos estadísticos nos demostraron que la prevalencia de pacientes con síntomas prostáticos moderados a severos, es decir, que requieren de intervención ya sea farmacológica o quirúrgica en la UMF 171, es alta con un 43.5%. No contamos con estudios previos que nos muestren la prevalencia de síntomas prostáticos en los adultos mayores de esta Unidad Médica, pero los datos del estudio "Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida", De Jalon y cols.^{1,12} encontraron que los síntomas urinarios moderados son muy comunes en el hombre adulto mayor de 60 años en el 40% de los casos, lo que es consistente con nuestro estudio ya que se encontró una frecuencia de 35.9% de pacientes con síntomas moderados. Además en este estudio se agrupa la evaluación de la calidad de vida en dos categorías, el 88% refería buena o indiferente calidad y el 12% estaban insatisfechos o con mala

calidad de vida; coincidiendo en esta investigación con 89.13% y 10.87% respectivamente.¹²⁻¹³

La IPSS en este estudio nos muestra que en más de la mitad de los participantes los síntomas fueron leves, dato semejante a lo observado en otros estudios en países como Francia, España, Estados Unidos e incluso en México, en donde se ha propuesto incluso instrumentos de evaluación ante la sospecha de hipertrofia prostática.¹⁴⁻¹⁵ Recordando que para obtener la prevalencia este grupo se consideró como asintomático.

En este estudio entre la edad y la existencia de síntomas prostáticos existe una diferencia de proporciones. Por lo tanto es necesario realizar otro tipo de análisis para demostrar una asociación entre ambas variables.

Como fortalezas, es importante para estudios posteriores conocer la prevalencia de síntomas prostáticos en la UMF 171, para continuar con monitoreo y además darle mayor importancia a los casos detectados. Encontramos que la mayoría de los pacientes aprendió a identificar síntomas prostáticos, con la aplicación de la encuesta, por lo que se concluye que aplicarla en la consulta de primer nivel es de mucha utilidad. Como debilidades en este estudio observamos que es una muestra pequeña comparada con la población de adultos mayores de 60 años en la Unidad Médica, el considerar sólo a pacientes mayores de 60 años, excluyendo pacientes más jóvenes con los que podría investigar si existe alta o baja prevalencia o investigar a partir de qué edad se observa un incremento de la sintomatología, además de no contar con un resultado de antígeno prostático específico para poder hacer una relación con la sintomatología o exploración física de próstata en cada paciente y por último que el índice internacional de síntomas prostáticos tiene amplios márgenes de interpretación de resultados, en los cuales no se discrimina a pacientes con poca puntuación de los asintomáticos, ya que a partir de cero puntos se consideran como portadores de síntomas leves.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Jalón A, et al. Relación entre síntomas del tracto urinario inferior y calidad de vida. *Arch. Esp. Urol*, 2005; 58(2):109-113.
- Vergara V. Severidad de sintomatología prostática: encuesta de pacientes entre 40-60 años. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 2007; 50(4):162-164.
- González SI, et al. Últimos avances en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. *Acta Bioquím. Clin. Latinoam*, 2005; 39(2):171-85.
- Fernández C, et al. Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benigna de próstata. Estudio de 1804 hombres de 40 años o más residentes en Madrid durante 1999-2000. *Actas urológicas Españolas*, 2009; 33(1):43-51.
- Rodríguez F, et al. Incontinencia urinaria post-prostatectomía. El esfínter artificial Fundación Puigvert. Unidad de Urología Funcional y Femenina. Barcelona, España- *Arch. Esp. Urol*, 2009; 62(10):838-844.
- Castiñeiras, J. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Actas urol. esp.*, 2010; 34(1):24-34.
- Carballido J, et al. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urol. Esp.*, 2008; 30(7):667-674.
- Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna. México: *Secretaría de Salud*, 2009.
- Oelke, M. Directrices sobre el tratamiento de los STUI no neurogénicos en el varón. *European Association of Urology*, 2011; 15(1):1528-1611.
- Quintero S. Algunos aspectos sobre el cáncer de próstata en el Instituto de Oncología. Departamento de Anatomía Patológica, INOR Laboratorio de Marcadores Tumorales, Unidad de Evaluación de Productos Antitumorales, INOR, Cuba. 2004.
- Fernández, C, et al. Prevalencia de
- Calvo CA, et al. Abordaje actual de la detección precoz de cáncer de próstata. La medicina hoy. *Rev. JANO*, 9-15 abril 2004; 46(1516):1466-1470.
- Arandis S, et al. Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. Manejo del paciente en la práctica clínica habitual. *Actas urol. esp.*, 2009; 33(8): 902-908.
- Chung, D, et al. Papel actual de la terapia combinada en los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) masculino. *Arch. Esp. Urol*, 2010; 63(5):323-332.
- Santana L, et al. Criterios actuales para evaluar la conducta a seguir con los pacientes que padecen de hiperplasia prostática benigna. *Rev. Cubana Cir*, 2004; 43(1):01-10.
- Rodríguez-López MR, Baluja-Conde IB, Bermúdez-Velásquez S. Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. *Rev. Biomed*, 2007; 18:47-59.

Prevalencia de los gérmenes más frecuentes en pacientes con cervicovaginitis en primer nivel de atención

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, María de los Ángeles Hernández-Godínez, Edna Gabriela Delgado-Quñones, Blanca Angélica Martínez-Castillo y César Gerónimo Salamanca-Rodríguez

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Cervicovaginitis, gérmenes, mujeres.

Keywords: Agents, cervicovaginitis, women.



Prevalencia de los gérmenes más frecuentes en pacientes con cervicovaginitis en primer nivel de atención

Delgado-Quiñonez EG, Valdivia-Rivera WG, Navarro-Sandoval C, Pulido-Guerrero C, Angulo-Valenzuela RA

Resumen

Introducción

La cervicovaginitis forma parte de los 12 principales motivos de consulta en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ubica entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención, representando un 38% de las consultas en mujeres de 20 a 59 años. Dentro de la etiología predominante se encuentra *Gardnerella vaginalis*, *Candida* spp., *Candida albicans* y *Trichomonas*.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo retrospectivo. Se llevó a cabo una revisión de expedientes electrónicos del laboratorio de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social de mujeres a las que se les realizó cultivo vaginal por cervicovaginitis de enero a junio del 2014. Con el programa EPI INFO®, se calculó el tamaño de la muestra el cual fue de 74 expedientes y con el SPSS se realizó el análisis estadístico. Se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas y en las cuantitativas media, moda y desviación estándar.

Resultados

Se reportó 35% de mujeres entre 26 y 35 años de edad, reportándose 96% de los cultivos positivos, entre los siguientes gérmenes: *G. vaginalis* 16.2%, *Escherichia coli* 14.9%, *Streptococo* del grupo B 14.9%, *Candida albicans* 13.5%, *Candida* spp 12.2%, *Prevotella* spp 8.1%, *T. vaginalis* y *Streptococo* D 5.4%, *Neisseria gonorrhoeae* 2.7%, *Chlamydia trachomatis* y *Mobiluncus* spp 1.4%. La negatividad de la prueba fue 4%.

Discusión

La prevalencia más alta de gérmenes en pacientes con cervicovaginitis reportados a través de cultivos vaginales en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar 171 es de tipo bacteriana ocasionada por *G. vaginalis* (16.2%). Es en la etapa reproductiva de la mujer en la que se presenta con mayor prevalencia oscilando entre los 26-35 años de edad, es por ello que se les debe realizar un cultivo vaginal con la finalidad de confirmar la presencia del agente y poder iniciar tratamiento adecuado, para evitar consecuencias secundarias a esta infección.

Palabras clave: *Cervicovaginitis*, *gérmenes*, *mujeres*.

Servicio de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. MX

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones.
Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar.
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Prevalence of the most common infectious agents in patients with cervicovaginitis

Abstract

Introduction.

Cervicovaginitis is one of the 12 main reasons of consultation in family medicine units of IMSS, and is among the 20 most common diagnoses in first level of health care. It represents 38% of the consultations in women from 20 to 59 years of age. The most common etiologic agents are *Gardnerella vaginalis*, *Candida spp.*, *Candida albicans* and *Trichomonas*.

Material and methods.

This is a transversal, descriptive, retrospective study. Files belonging to women who had vaginal cultures from January to June 2014 were checked. Information was obtained from the FMU 171 laboratory, of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). We calculated the sample size using EPI INFO. The sample included 74 files and statistical analysis was done using SPSS. Frequencies and proportions were used in qualitative variables. For quantitative values we used median, mode and standard deviation.

Results.

35% of women were among 26 to 35 years old. 96% of cultures yielded a positive result, the infectious agents found were *Gardnerella vaginalis* 16.2%, *Escherichia coli* 14.9%, Group B streptococci 14.9%, *Candida albicans* 13.5%, *Candida spp* 12.2%, *Prevotella spp* 8.1%, *Trichomonas vaginalis* and *D streptococci* 5.4%, *Neisseria gonorrhoeae* 2.7%, *Chlamydia trachomatis* and *Mobiluncus spp* 1.4%. The test was negative in 4% of the cases.

Discussion.

Bacteria turned out to be the most frequent isolated agent in cultures from patients in FMU 171, the most common bacterial agent was *Gardnerella vaginalis* (16.2%). Cervicovaginitis is most common in women of reproductive age, prevalence is higher in those between 26-35 years old. It is very important to perform a vaginal culture in order to confirm the presence of the agent. Adequate treatment must be started in order to avoid consequences related to infection.

Key Words: Agents, cervicovaginitis, women.

Introducción

Las infecciones vaginales representan uno de los problemas ginecológicos más comunes en mujeres en edad reproductiva, afectando a un número importante de pacientes en todo el mundo. La mayoría de las instituciones que prestan los servicios de salud revelan que un alto índice de mujeres en edad fértil acude a consulta por este motivo.¹ Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50% son asintomáticas y las cifras varían de acuerdo con la población estudiada.^{2,3}

En Estados Unidos, estas infecciones representan aproximadamente 10 millones de consultas anualmente y en México, forman parte de los 10 principales motivos de consulta en el servicio de Ginecología del IMSS, ubicándose entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representando un 38% de las consultas en mujeres de 20 a 59 años.^{4,5}

La cervicovaginitis se caracteriza por un aumento en la cantidad de secreción vaginal, prurito, ardor, irritación, dispareunia y fetidez secundaria a microorganismos patógenos. La mujer con vida sexual activa sin protección y con múltiples parejas sexuales, así como la edad, hábitos higiénicos y empleo de anticonceptivos orales representan un papel importante en el desarrollo de este padecimiento.^{6,7}

Los agentes más conocidos y estudiados son *Neisseria*

gonorrhoeae, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y algunas bacterias anaeróbicas.⁸ El diagnóstico se lleva a cabo con la presencia de criterios propuestos por Amsel (pH mayor a 4.5, prueba de aminas positiva, descarga blanca adherente y presencia de células guía en el flujo vaginal) o basado en el resultado de la tinción de Gram.^{9,10} Deberán ser reservados los cultivos donde existiera la sospecha de ETS, aquellos que presentan síntomas de infección del tracto reproductivo alto o los que no presentan respuesta al tratamiento previo.^{11,12}

Estos padecimientos son responsables de problemas en la calidad de vida y en sexualidad de la mujer, por lo tanto, este proyecto pretende conocer la prevalencia de los gérmenes más frecuentes en pacientes con cervicovaginitis reportadas a través de cultivos vaginales y consolidar la gran importancia que cobra la atención primaria del padecimiento, todo esto con la finalidad de brindar un manejo adecuado para cada tipo de infección vaginal y mejorar de esta manera la calidad de vida de la paciente que la padece.¹

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal descriptivo retrospectivo, realizado en la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zapopan

Jalisco. Se seleccionaron los expedientes electrónicos del laboratorio con un muestreo no probabilístico en el periodo de Enero a Junio del 2014. Se incluyeron los expedientes de mujeres derechohabientes de la unidad con diagnóstico de cervicovaginitis a las cuales se les realizó cultivo vaginal, los criterios de exclusión fueron expedientes cuyo cultivo vaginal se reportó no concluyente. Con el programa EPI INFO®, se calculó el tamaño de la muestra el cual fue de 74 expedientes con un IC del 95%, basado en la población de mujeres que acuden a consulta a la UMF 171, y con el programa SPSS® versión 19 se realizó el análisis estadístico. Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas y para las variables cuantitativas media, moda y desviación estándar.

Resultados

Se revisaron 74 expedientes electrónicos de mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis a las cuales se les realizó cultivo vaginal en la UMF 171 donde se reporta que un 35% de las pacientes se encuentra entre los 26-35 años de edad (Figura 1). El 96% (n=71) de los cultivos fueron positivos, los cultivos reportados como negativos fueron un 4% (n=3). Como agentes causales se encontró a *G. vaginalis* en un 16.2% (n=12), *Escherichia coli* en un 14.9% (n=11), *Streptococo* del grupo B en 14.9% (n=11), *C. albicans* 13.5% (n=10), *Candida* spp 12.2% (n=9), *Prevotella* spp 8.1% (n=6), *T. vaginalis* al igual que *Streptococo* del grupo D en un 5.4% (n=4), *N. gonorrhoeae* en un 2.7% (n=2), *C. trachomatis* igual que *Mobiluncus* spp en un 1.4% (N=1) (Tabla 1).

Discusión

En este estudio se logró identificar una etiología microbiana para 96% de las pacientes que fueron diagnosticadas con cervicovaginitis, la mayoría resultó ser por causa bacteriana, siendo *G. vaginalis* el agente causal más prevalente, seguido por *E. coli* y *Streptococo* del grupo B. Es de esperar la alta frecuencia de identificación de microorganismos en aquellas pacientes que acuden a consulta por presencia de cervicovaginitis, lo cual muestra la importancia de realizar el análisis de laboratorio, que en este

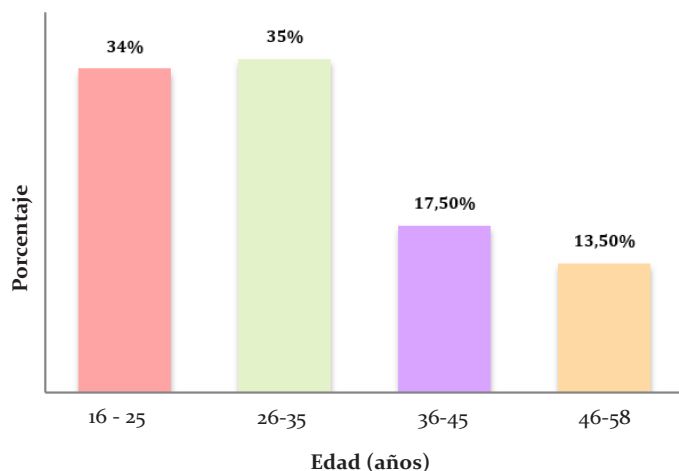


Figura 1. Edad de pacientes con cervicovaginitis. Describe la edad y el porcentaje en el que se presentan las cervicovaginitis en mujeres de la UMF 171 del IMSS.

Tabla 1. Agentes reportados

Agente causal	%	n
<i>Gardnerella vaginalis</i>	16.2%	12
<i>Escherichia coli</i>	14.9%	11
Estreptococo del grupo B	14.9%	11
<i>Candida albicans</i>	13.5%	10
<i>Candida</i> spp	12.2%	9
<i>Prevotella</i> spp	8.1%	6
<i>Trichomonas vaginalis</i>	5.4%	4
Estreptococo del grupo D	5.4%	4
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2.7%	2
<i>Chlamydia trachomatis</i>	1.4%	1
<i>Mobiluncus</i> spp	1.4%	1

caso fue el reporte de cultivos vaginales, con la finalidad de identificar el agente causal y poder otorgar el tratamiento adecuado.^{14,15}

No contamos con estudios previos en la UMF 171, pero podemos coincidir con los datos de la Organización Mundial de la Salud que reportan una prevalencia de 26.5% para *G. vaginalis* como germen más frecuente en cervicovaginitis. En el presente estudio, *G. vaginalis* fue la más prevalente, estuvo presente en el 16.2% de los casos, lo que corresponde a similitud en comparación con estudios previos realizados en la población mexicana los cuales reportan una prevalencia de dicho patógeno de un 28.2%, asimismo en otros países latinoamericanos se ha encontrado una prevalencia mucho más alta, la cual alcanza hasta un 52% positivo para este germen, seguido por candidiasis en un 20% y tricomoniasis en un 11%. Esto confirma la importancia de realizar estos estudios epidemiológicos para cada sitio, ya que existen diferencias importantes de acuerdo a la zona geográfica y el tipo de población estudiada.^{16,17}

Se concluye que la prevalencia más alta de gérmenes en pacientes con cervicovaginitis reportados a través de cultivos vaginales en mujeres de la UMF 171 es de tipo bacteriana ocasionada por *G. vaginalis* (16.2%), siendo la etapa reproductiva de la mujer en la que se presenta con mayor prevalencia, lo que permitiría que al identificar el germen se podría iniciar un tratamiento más adecuado.

Como fortalezas encontramos que la muestra es adecuada de acuerdo a la población que asiste a consulta en la UMF 171, y fue analizada bajo criterios estandarizados y por lo tanto se logró obtener datos locales sobre la prevalencia en relación a la etiología en mujeres con diagnóstico de cervicovaginitis además de que se detectó el agente específico causal lo que va a dar paso a inicio de tratamiento adecuado

en las pacientes a las cuales se les realizó cultivo. En cuanto a sus debilidades se usó solo el expediente electrónico y por lo tanto no se tuvo contacto directo con la paciente, lo que podría habernos arrojado algunos otros datos relevantes para el estudio, como factores de riesgo, número de compañeros sexuales, así como enfermedades asociadas que pudieran dar origen al tipo de germen reportado.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Pascual C, Sainz V, Ortiz M, et al. Cervicovaginitis posterior a la aplicación del dispositivo intrauterino. *Archivos en medicina familiar* 2007;9:133-136.
2. Salas N, Ramírez J, Bayron R, et al. Prevalence of microorganisms associated with vaginal infections in 230 symptomatic expectant and non-expectant women at La Milagrosa health center in Armenia, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009;60:135-142.
3. Sánchez J, Rebollo M, Paulin J, et al. Cambios en el pH vaginal en pacientes con infección cérvicovaginal. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 2013;33:61-65.
4. Martínez M, Saldaña G, Sánchez M. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Correlación con la norma oficial mexicana: *Rev Med Inst Mex Seguro Social*. 2007;45:249-254.
5. Reynerio F. Infecciones Genitales: Vaginitis, Vaginosis Bacteriana, Cervicitis y Uretritis. *Referencia Internacional Mexicana*. 2008;17:13-15.
6. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida. Número de Registro: IMSS-335-09
7. Saona U. Vaginitis. Ampliando el espectro diagnóstico. *Rev Per Ginecol Obstet* 2012;53:153-158.
8. Heredia R, Agudelo C, Castañeda E. Prevalencia de los agentes etiológicos de la vaginitis y la cervicitis en pacientes de consulta ginecológica general. *Rev Chilena Ginecología y obstetricia* 2012;32:17-36.
9. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención, Número de registro: IMSS 081-08.
10. Padilla E, Lobos G, Padilla E, et al. Aislamiento de cepas de escherichia coli desde casos clínicos de infección vaginal: asociación con otros microorganismos y susceptibilidad antibacteriana. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. 2007; 72: 222-228.
11. Sánchez J, Castellanos S, Rivera T. Leucorrhea as a sign of cervico-vaginal infections. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013; 22: 56-60.
12. Vallejos C, Enríquez M, López V, et al. Chlamydia cervicovaginitis in women attended in a Hospital in Puebla. *Enf inf Microbiol*. 2010;30:49-52.
13. Fosch S, Foglín N, Azzaroni E, et al. Vulvovaginitis: correlación con factores predisponentes, aspectos clínicos y estudios microbiológicos. *Revista Argentina de Microbiología* 2006;38:202-205.
14. Sucari A. Vulvovaginitis y Vaginosis Bacteriana: Importancia del Diagnóstico Microbiológico. *Med Lab News*. 2008;18:17-20.
15. González A, Mota R, Ortiz C, et al. Factors of risk of bacterial vaginosis. *Aten Primaria*. 2009; 34:360-365.
16. González C, Moreno M, Nieves B, et al. Flora vaginal en pacientes que asisten a consulta ginecológica. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*. 2010;26:19-26.
17. Duarte C, Soilan A. Detección de Chlamydia trachomatis, esporos micóticos y Trichomonas vaginalis en mujeres en edad fértil que acuden a los Hospitales San Pablo y Regional de San Lorenzo. *Rev. Nac. Itauguá* 2011;3:36-42.

Prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidades en pacientes de 30 a 64 años de edad

Edna Gabriela Delgado-Quiñones y Rosa María Hernández-Vega

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insomnio subjetivo, obesidad.

Keywords: Arterial hypertension, obesity, subjective insomnia, type 2 diabetes mellitus.



Prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidades en pacientes de 30 a 64 años de edad

Delgado-Quñones EG, Hernández-Vega RM

Resumen

Introducción

El insomnio es un motivo de consulta común en la atención primaria, con gran trascendencia por sus efectos sobre la calidad de vida y un factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud, 40% de la población presenta insomnio en algún momento de su vida así como 40-60% presentan alguna comorbilidad. Existen pocos estudios de prevalencia de insomnio en México, el objetivo principal fue conocer la prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidades en pacientes de 30 a 64 que acudieron a consulta de primer contacto.

Material y Métodos

Estudio transversal descriptivo. Se incluyó pacientes de ambos sexos de 30 a 64 años de edad, de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con aplicación de la Escala de Atenas de Insomnio (EAI) y cédula de registro de variables sociodemográficas. Se calculó el tamaño de la muestra con IC 99% el cual fue 156 pacientes y se realizó análisis con estadística descriptiva con el programa SPSS® versión 21.

Resultados

Se evaluó 156 pacientes, 62.2% mujeres (n=97), hombres 37.8% (n=59). La prevalencia de insomnio subjetivo fue de 50% (n=78), la prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidad de 33.33% (n=52). La frecuencia de pacientes con insomnio y obesidad fue 23.08% (n=36), insomnio y diabetes mellitus tipo 2 14.74% (n=23), insomnio e hipertensión 17.95% (n= 28). La dificultad para iniciar el sueño estuvo presente en el 55.8% (n=87), la dificultad para mantener el sueño se presentó en el 57.7 % (n=90). 62.2% (n=97) presentaron somnolencia diurna.

Discusión

Se observó una prevalencia alta de insomnio y comorbilidad en los pacientes estudiados. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad, el tipo de sueño que más se altera es el insomnio de mantenimiento. Se encontró una diferencia de proporciones estadísticamente significativa para la presencia de diabetes e hipertensión.

Palabras clave: *Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insomnio subjetivo, obesidad.*

Servicio de Medicina Familiar en la
Unidad de Medicina Familiar 171.
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones.
Médico Familiar y Profesor Titular de la
Especialización en Medicina Familiar
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar
171, Instituto Mexicano del Seguro Social,
Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496,
Fraccionamiento Arboledas, Zapopan,
Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico:
dra.ednagdq@hotmail.com

Prevalence of subjective insomnia and comorbidities in patients from 30 to 64 years old

Abstract

Introduction.

Insomnia is a frequent complaint in primary medical attention. It is very important due to its effects on quality of life, and it is also considered a risk factor for type 2 diabetes mellitus (DM2), arterial systemic hypertension (ASH) and obesity. According to the World Health Organization (WHO), 40% of the population has insomnia at some point of their life and 40 to 60% have some comorbidity. There are only a few prevalence studies of insomnia in Mexico. The main objective of this one is to know the prevalence of subjective insomnia and comorbidities in patients among 30 and 64 years old who attend the FMU 171.

Material and methods.

Transversal, descriptive study. We included both men and women, from 30 to 64 years of age, who attended FMU 171. Both the sociodemographic formulary and the Athens Insomnia Scale (AIS) were used. The sample included 156 patients with a confidence interval of 99%. Analysis was done using descriptive statistics with SPSS version 21.

Results.

156 patients were evaluated, 62.2% women (n=97), men 37.8% (n=59). The prevalence of subjective insomnia was of 50% (n=78), subjective insomnia and comorbidities was of 33.33% (n=52). The frequency of patients with insomnia and obesity was 23.08 (n=36), insomnia and DM2 14.74% (n=23), insomnia and hypertension 17.95% (n=28). The difficulty to start sleeping was present in 55-8% (n=87), difficulty to maintain sleep was present in 57.7% (n=90), 62.2% had day sleepiness.

Discussion.

We observed a high prevalence of insomnia and comorbidities in patients under study. The most frequent one is obesity. Maintenance sleep is the most commonly affected. We found a statistically significant proportion difference for the presence of DM2 and ASH.

Key Words: Arterial hypertension, obesity, subjective insomnia, type 2 diabetes mellitus.

Introducción

El insomnio es un motivo de consulta común en la atención primaria (AP) que tiene consecuencias graves para la salud a corto y largo plazo,¹ por lo que es considerado un problema de salud pública que afecta de manera circunstancial o persistente a grandes sectores de la población,² se puede presentar independientemente o concomitante a otros trastornos médicos o psiquiátricos; es una carga pesada para los pacientes y al sistema de atención de la salud por su efecto sobre la calidad de vida.^{1,3} Actualmente se considera factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), obesidad y se relaciona con mala respuesta al tratamiento de estas enfermedades crónicas degenerativas.⁴

La estadística de la Organización Mundial de la Salud revela que aproximadamente el 40% de la población presenta insomnio en algún momento de su vida. En la población general, al menos una comorbilidad está presente en aproximadamente 40-60% de los casos de insomnio.⁴ El insomnio es altamente prevalente en la medicina de AP.² Un metaanálisis realizado en población caucásica de Estados Unidos muestra que más del 50% de los pacientes de AP se quejan de insomnio, solo si se les pregunta específicamente por el sueño, el 30% lo mencionan a su médico por iniciativa propia, únicamente el 5% acuden a consulta con el objetivo

principal de recibir tratamiento para este.^{2,5} El insomnio es más frecuente entre las mujeres de mediana edad, adultos mayores y los trabajadores por turnos.^{2,6}

Existen múltiples clasificaciones que definen los criterios para insomnio, las más utilizadas son las propuestas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) y La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño segunda edición (ICSD 2) que definen el insomnio como una queja de dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertarse muy temprano, sueño no reparador o de mala calidad, la dificultad del sueño se produce a pesar de la oportunidad y las circunstancias adecuadas para el sueño, con al menos una queja de deterioro diurno reportado por el paciente;⁷ como la fatiga, malestar general, dificultades con las funciones cognitivas, y trastornos del estado de ánimo, disfunción social o vocacional, hipersensibilidad al ruido y la luz, somnolencia durante el día, propensión a errores o accidentes, cefaleas tensionales, síntomas gastrointestinales, inquietudes o preocupaciones sobre el sueño, todos los cuales pueden producir deterioros funcionales que a menudo son las principales preocupaciones por la que los pacientes acuden a buscar ayuda.^{3,8}

Se define insomnio subjetivo cuando a la utilización de cuestionarios autoaplicables, los pacientes indican que tienen

insomnio; Insomnio objetivo se refiere a la confirmación con polisomnografía (PSG) por un tiempo de sueño corto; la falta de sueño o sueño corto hace referencia a la utilización de cuestionarios en los que los pacientes reportan la falta de sueño sin síntomas diurnos; e insomnio primario cuando se cumplen con los criterios de diagnóstico ya sea ICSD2 o DSM-5, algunas bibliografías también pueden incluir insomnio comórbido, en este rubro si está presente algún trastorno médico o psiquiátrico.⁷ Queda en desuso el término insomnio secundario, este cambio se basa en la evidencia de que cuando el insomnio es comórbido con otro trastorno, es a menudo difícil, si no imposible, para determinar que trastorno es la causa y cuál es la consecuencia. La investigación científica demuestra una bidireccionalidad entre el insomnio y los trastornos comórbidos. Estudios recientes han demostrado que el tratamiento cuando el insomnio es comórbido con otro trastorno, el resultado es mejor cuando se asiste tanto el insomnio y la condición comórbida que tratando a la condición comórbida sola.^{2,4,9}

El insomnio comórbido es común, asociado más frecuentemente con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad así como a enfermedad cardiovascular, síndromes de dolor crónico, enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal crónica, asma, síndrome de fatiga crónica, trastornos endocrinos, artritis reumatoide, osteoporosis, migraña, enfermedad de Parkinson, además de aumentar la mortalidad. De las comorbilidades con mayor frecuencia en la consulta de AP son la HAS, DM2 y obesidad.^{9,12}

La entrevista clínica es la herramienta principal para el diagnóstico y evaluación del insomnio, con el uso de diarios del sueño, que se basan en la percepción del sueño del paciente.^{3,13} Existen también herramientas de evaluación subjetivas de fácil acceso y rápida aplicación como La Escala de Atenas de Insomnio (EAI), un instrumento autoaplicable, desarrollada por Soldatos y cols. validada en la población mexicana por Nenclares y cols., el cual está basado en los criterios diagnósticos para insomnio no orgánico de la CIE-10. Consta de ocho reactivos, los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno. Una calificación igual o mayor de seis puntos distingue a los sujetos insomnes de aquellos sin insomnio.¹⁴

En México existen pocos estudios de prevalencia de insomnio, en Jalisco y en nuestra institución no se han publicado estudios de prevalencia de este trastorno por lo que el objetivo de este estudio fue principalmente conocer la prevalencia de insomnio subjetivo y observar la prevalencia con la que éste se presenta aunado a la DM2, HAS y obesidad, observar los factores sociodemográficos, las características del sueño, el tipo de insomnio más frecuente, como definen los pacientes su calidad general de dormir, su funcionamiento y la somnolencia diurna.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal descriptivo. Se incluyó 156 pacientes adultos de 30 a 64 años de ambos sexos que acudieron por cualquier motivo de consulta a la Unidad de

Medicina Familiar 171, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Se incluyó a pacientes de ambos sexos de 30 a 64 años de edad, aceptación para contestar encuesta de autoaplicación, consentimiento informado firmado. Se excluyó a aquellos que hayan tomado tratamiento para insomnio mínimo una semana previa, pacientes con dolor crónico, mujeres embarazadas, analfabetismo y patología psiquiátrica asociada. Criterios de eliminación: encuestas incompletas. Se realizó un muestreo no probabilístico a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección en el momento del estudio. Se aplicó a los pacientes la EIA. Se recolectaron en una base de datos variables como la edad, peso, talla, estado civil, presencia de HAS, DM2 y obesidad. El tamaño de la muestra se calculó con el programa EpiInfo® v.6 con un IC del 99% el cual fue de 156 pacientes, en base al total de adultos entre 30 y 64 años de edad en Jalisco (2'722,700) y a la prevalencia de insomnio entre ellos de 62.3%. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 19. Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas media, mediana, moda y desviación estándar. Se utilizó χ^2 para diferencia de proporciones entre los pacientes de 30 a 64 años con insomnio y comorbilidades, HAS, DM2 y obesidad. Se definió HAS de acuerdo al JNC 7,²¹ con dos tomas de tensión arterial mayor a 140/90 mmHg, o bajo tratamiento antihipertensivo, obesidad se definió como un índice de masa corporal $>30 \text{ kg/m}^2$, y diabetes mellitus de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).²² El presente proyecto de investigación se clasifica como estudio clase I, de riesgo mínimo, el cual se encuentra bajo las normas establecidas por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial.

Resultados

Se evaluó a 156 personas entre las edades de 30 a 64 años a los cuales se les aplicó la Escala de Atenas de Insomnio. El 62.2% de los pacientes incluidos fueron mujeres ($n=97$), hombres 37.8% ($n=59$), casados 82.1% ($n=128$), con una media de edad de 47.5, mediana 48 y moda de 64 años. La prevalencia de insomnio subjetivo fue de 50% ($n=78$), la prevalencia de insomnio subjetivo y comorbilidad fue de 33.3% ($n=52$) (Figura 1). En los pacientes con insomnio subjetivo el sexo femenino fue 62.18% ($n=53$), masculino 32.05% ($n=25$). La prueba de χ^2 para la diferencia de proporciones entre pacientes con insomnio y el sexo un valor de $p=0.137$.

El 66.67% de los pacientes con insomnio subjetivo presentó una o más comorbilidades. La prevalencia de pacientes con insomnio y obesidad 23.08% ($n=36$), insomnio y DM2 14.74% ($n=23$), insomnio e hipertensión 17.95% ($n=28$) (Tabla 1). Del total de la población la dificultad para iniciar el sueño estuvo presente en el 55.8% ($n=87$), la dificultad para mantener el sueño en el 57.7% ($n=90$). De los pacientes con insomnio, 88.5% ($n=69$) presentaron dificultad para iniciar el sueño, así como 91% ($n=71$) dificultad para mantener el sueño. En cuanto a la calidad general del dormir, el

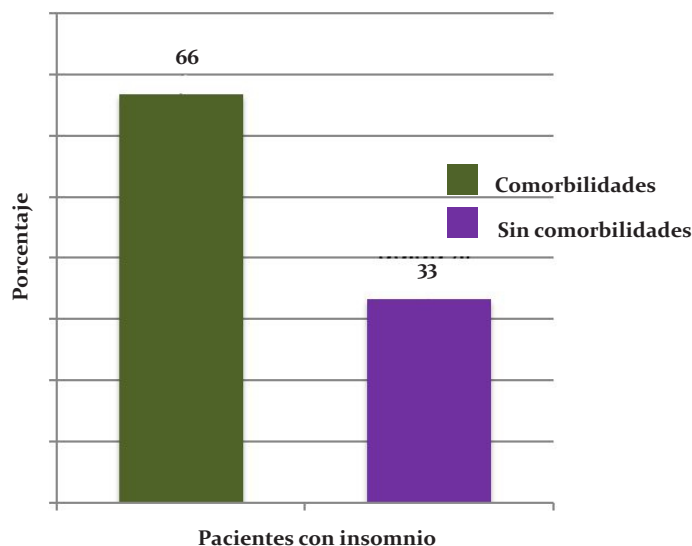


Figura 1. Prevalencia de insomnio subjetivo y frecuencia de comorbilidades asociadas a insomnio.

funcionamiento físico y la prevalencia de somnolencia diurna los resultados se muestran en las tablas s1, s2, y s3.

El test de la χ^2 para la diferencia entre las proporciones de pacientes con insomnio y presencia o no de comorbilidad muestra un valor de ($p=0.01$), diferencia de proporciones entre insomnio con obesidad e insomnio sin obesidad ($p=0.1$), insomnio y presencia o no de DM2 ($p=0.003$), insomnio con HAS e insomnio sin HAS ($p=0.03$).

Discusión

Las estimaciones de prevalencia del insomnio varían ampliamente entre los estudios, en parte debido a las diferencias en las definiciones de caso, los procedimientos de evaluación, características de la muestra, y la duración de los intervalos de evaluación. En este estudio se obtuvo una prevalencia de insomnio subjetivo en el 50% de la población estudiada la cual es alta, estos resultados son consistentes con lo reportado por la OMS con un 40%, y en otros estudios realizados en poblaciones similares a la nuestra, como el estudio realizado por Komada y cols.²³ en el 2012 en población general >20 años de edad con una prevalencia de 30.7%, otro estudio realizado por Skapinakis y cols.²⁴ en adultos de 17-74 años de edad encontró una prevalencia de 57.7%.

El insomnio comórbido es la forma más común del insomnio que se observa en la población general.²⁵ Múltiples estudios han demostrado que las personas con insomnio crónico reportaron más enfermedades que las que no presentan insomnio. Se ha relacionado al insomnio, con los trastornos psiquiátricos,^{3,9} pero pocos estudios nos muestran una relación entre insomnio y trastornos médicos como la obesidad, DM2 y HAS¹⁰ como lo que se presenta en este trabajo que se muestra una asociación entre el insomnio y estas patologías.

Los resultados de este estudio muestran una comorbilidad aunada al insomnio subjetivo en 52 pacientes con una prevalencia 33.3% secundariamente se obtiene que un 66.67% de pacientes con insomnio subjetivo presentaron una o más

comorbilidades, lo cual es un porcentaje poco mayor al encontrado en la literatura donde se menciona que entre el 40 y el 60% de las personas con insomnio crónico tienen un trastorno comórbido.^{2,4} La prevalencia más alta se encontró en pacientes con insomnio y obesidad con un 23.08%, sin embargo al realizar el análisis para la diferencia de proporciones no se encuentra una diferencia significativa entre pacientes con insomnio obesos y pacientes con insomnio no obesos, lo que nos expresa que no existe diferencia entre estos dos grupos, ya que existió mucha población con obesidad en todos los grupos, contrario a lo encontrado en la revisión de Trent Un Hargens y cols., en donde se encuentra una asociación entre insomnio y obesidad.¹⁵

Se ha reportado que los trastornos endocrinos a menudo causan el insomnio, ya sea debido al efecto directo de las hormonas o debido a los síntomas de la enfermedad que pueden ser perjudiciales para dormir.^{10,16} Los diabéticos pueden desarrollar poliuria o el insomnio relacionado con la neuropatía, en este estudio se encontró una prevalencia de insomnio y DM2 14.74%, secundariamente se obtuvo que 29.5% de los pacientes con insomnio mencionaron DM2, al realizar el análisis para la diferencia de proporciones entre los grupos de insomnio con DM2 e insomnio sin DM2 resultó una diferencia significativa, por lo que puede existir una asociación entre la DM2 e insomnio.

La prevalencia de insomnio e hipertensión fue de 17.95%, no contamos con estudios de prevalencia para insomnio y HAS pero se cuenta con bibliografía en la que se asocian estas entidades. Penn State y cols.¹⁷ en una cohorte evaluaron el efecto de insomnio y la duración de sueño corto sobre el riesgo de hipertensión, se encontró que las probabilidades más altas de hipertensión fue en el grupo con sueño <5 hrs de duración (OR= 5.1) y la segunda más alta en los insomnes que dormían 5 a 6 hrs (OR= 3.5), este estudio llegó a la conclusión que el insomnio se asocia con un alto riesgo para la hipertensión, y

Tabla 1. Prevalencia de las comorbilidades en los pacientes con insomnio

	n	%
Ninguna comorbilidad	26	33.3
Obesidad	12	15.4
HAS	5	6.4
Dm2	7	9
Obesidad y HAS	12	15.4
Obesidad y DM2	5	6.4
HAS y DM2	4	5.1
Obesidad, HAS y DM2	7	9

Se muestran 78 pacientes con insomnio de los cuales solo 26 no presentan ninguna comorbilidad el resto presenta una o más comorbilidades. DM2: Diabetes Mellitus tipo 2, HAS: Hipertensión arterial sistémica

sugieren que es el insomnio lo que causa la hipertensión y no al revés.

En cuanto a las características del sueño encontramos que la dificultad para mantener el sueño es la más frecuente aunque con diferencia mínima. De los pacientes con insomnio 88.5% presentaron dificultad para iniciar el sueño y 91% dificultad para mantener el sueño, Tellez y cols.¹⁸ en pacientes mexicanos encontraron que el insomnio inicial fue el más frecuente, más en mujeres que en hombres y más en los jóvenes que en las personas de mayor edad, esto puede explicar nuestros resultados ya que nuestra población fue mayormente de 51 a 64 años en los que se observa que el insomnio de mantenimiento es el más frecuente. Podemos observar que los pacientes presentan no solo una característica de sueño sino una combinación de los distintos subtipos. Nuestros porcentajes son similares a los encontrados en el estudio EQUINOX¹⁹ en pacientes mexicanos que acudieron a consulta de atención primaria, en donde la dificultad para iniciar el sueño y la dificultad para mantener el sueño fueron muy similares con un 82.4% y 80.4% respectivamente. Contrario a lo reportado por Leger y cols. en un estudio que involucró pacientes de cuatro países industrializados (Japón, Italia, Francia y Estados Unidos de América), informaron la presencia de insomnio terminal en 71% de los pacientes, Welstein y cols. en San Francisco reportaron un 30% de personas con dificultad para iniciar el sueño al igual que para mantener el sueño. Todas estas diferencias pueden deberse al tipo de población estudiada.²⁰

El trastorno del funcionamiento diurno, es un requisito para el diagnóstico definitivo de insomnio de acuerdo con el DSM-V y a la ICSD-2, en cuanto a la calidad general del dormir encontramos en nuestra población que solo 5.1% pacientes con insomnio mencionan sueño satisfactorio, pero 92.3% de los pacientes con insomnio tienen somnolencia diurna y más del 70% alteración en la función física, el análisis de EQUINOX reporta que el funcionamiento social, laboral, también emocional se vio afectado en 75% de los pacientes así como en 25% esta afectación fue severa, estos resultados nos expresan que nuestro diagnóstico con la aplicación de la EAI es muy preciso para evaluar insomnio.

Nuestros resultados sugieren una asociación del insomnio con DM, HTA. En los múltiples estudios realizados la

prevalencia aumenta con la edad consistente con nuestros resultados en donde la frecuencia más alta se presentó en pacientes en el rango de edad de 51 a 64 años. Las debilidades de nuestro trabajo son que al el uso del autorreporte como instrumento de obtención de datos implica la posibilidad de que la percepción del insomnio esté influenciada por el estado anímico del paciente, a pesar de que la aplicación del instrumento ha sido validado en población mexicana.

Conclusión

Nuestros resultados son consistentes con la literatura existente, se observó una prevalencia alta de insomnio subjetivo y de insomnio subjetivo con comorbilidad. La comorbilidad que más se presenta en los pacientes con insomnio es la obesidad. La dificultad para mantener el sueño es la más frecuente en la población estudiada, muy similar a la de inicio. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de los pacientes con insomnio y la presencia o no de DM2 y HAS. A pesar de que la obesidad fue la comorbilidad más prevalente no existe una diferencia significativa de proporciones entre pacientes con insomnio y la presencia o no de obesidad, el sexo más frecuente en nuestro estudio es el femenino y con más frecuencia de insomnio pero al aplicar la χ^2 para la diferencia de proporciones entre pacientes con insomnio y el sexo no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa.

Estos resultados refuerzan la importancia que los médicos familiares tenemos en el diagnóstico oportuno y manejo del insomnio y la gran importancia de descartar esta entidad sobre todo en pacientes diabéticos, obesos e hipertensos y viceversa y tratarlos de forma correcta e independiente. La mejor herramienta para evaluar al paciente con insomnio es la historia clínica. La aplicación de una escala validada al paciente es básica para determinar la existencia de insomnio, la utilización de la EAI es un instrumento confiable en el cual basar la evaluación del insomnio en la práctica médica cotidiana.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Cunnington David, Junge Moira F, Antonio T Fernando. Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *MJA*. 2013;199:S36-S40
- Morin Charles M., Denise C. Jarrin. Epidemiology of Insomnia Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin*. 2013; 8:281-297
- Morin Charles M., Benca Ruth. Chronic insomnia. Seminar. *Lancet* 2012; 379:1129-41
- Kraus Stefanie S., Rabin Laura A. Sleep America: Managing the crisis of adult chronic insomnia and associated conditions. *Review. Journal of Affective Disorders*. 2012;138:192-212
- Smith Michael T. Ph.D., Perlis Michael T. Ph.D., Park Amy, B.S., Smith Michelle S., Ph. D., PenningtonJaeMi B.S., Giles Donna E. Ph.D., Buysse Daniel J. M.D. Meta-Analysis of Pharmacotherapy and Behavior Therapy for Persistent Insomnia. *Am J Psychiatry*. 2002;159:5-11
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS* No 2007/5-1.
- Bonnet Michael H., Burton George G., Arand Donna L. Physiological and medical findings in insomnia: Implications for diagnosis and care. *Sleep Medicine Reviews*. 2013;30: 1-12.
- Durand -Arias So, Rojas-Avila Cynthia, Jimenez-Genchi Alejandro. Evaluación clínica de los síntomas relacionados con el dormir. *Psiquis* (Mexico), 2011; 20 (1):17-22.
- M. Singh, CL Drake. Insomnio comorbido con condiciones medicas. Assessment, Methodology, Training, and Policies of Sleep. *Encyclopedia of Sleep*. 2013;1:236-238
- S Ramnathan Iyer. Sleep and Type 2 Diabetes Mellitus- Clinical Implications. *JAPI*. 2012;60:42-47
- Shekleton Julia A, Rogers Naomi L., Rajaratham Shantha M.W. Searching for the daytime impairments of primary insomnia. *Sleep Medicine Reviews*. 2010;14:47-60.
- Cappuccio Francesco P, Lanfranco D'Elia, Strazzullo Pasquale, Miller Michelle A. Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *SLEEP* 2010;33(5):585-592.
- Ong JC., Suh S. Herramientas de diagnóstico para el insomnio. Assessment, Methodology, Training, and Policies of Sleep. *Encyclopedia of Sleep*. 2013;1:268-273.
- Nenclares Alejandro Portocarrero, Alejandro Jimenez- Genchi. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental*. 2005;28 (5):34-39.

15. Trent Un Hargens, Anthony S Kaleth, S Elizabeth Edwards, Katrina L Butner. Asociación entre los trastornos del sueño, la obesidad y el ejercicio: una revisión. *Nat. Sci. sueño*. 2013;5:27-35.
16. Jean-Philippe Chaput, Jean-Pierre Després, Claude Bouchard, Arne Astrup, Angelo Tremblay. Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes or impaired glucose tolerance: Analyses of the Quebec Family Study. *Sleep Medicine*. 2009;10:919-924.
17. Vgontzas Alexandros N. Fernandez-Mendoza Julio, Duanping Liao, Edward O. Bixler. Insomnia with objective short sleep duration: The most biologically severe phenotype of the disorder. *Sleep Medicine Reviews*. 2013; 17:241-254.
18. Alvarado Raul. Frecuencia de insomnio en México. *Arch Neurocién (Mex)*. 1997;2(2):114-121.
19. Márquez-Romero Juan Manuel, Chiquete Erwinl. Frecuencia de insomnio y sus consecuencias diurnas en pacientes mexicanos: Subanálisis del estudio EQUINOX. *Rev Mex Neuroci*. 2013;14(6):314-320.
20. Jiménez- Genchi Alejandro, Grupo de Estudio Sueños de México. Características clínicas y diagnósticos de insomnio de acuerdo con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, en la práctica médica privada mexicana. *Rev Mex Neuroci*. 2013;14(4):183-190.
21. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003 May 21;289(19):2560-72.
22. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2015 Jan;38 Suppl:S8-S16. doi: 10.2337/dc15-S005.
23. Komada Y, Nomura T, Kusumi M, Nakashima K, Okajima I, Sasai T, Inoue Y. A two-year follow-up study on the symptoms of sleep disturbances/insomnia and their effects on daytime functioning. *Sleep Med*. 2012 Oct;13(9):1115-21.
24. Skapinakis P1, Rai D, Anagnostopoulos F, Harrison S, Araya R, Lewis G. Sleep disturbances and depressive symptoms: an investigation of their longitudinal association in a representative sample of the UK general population. *Psychol Med*. 2013 Feb;43(2):329-39.
25. Basta M1, Chrousos GP, Vela-Bueno A, Vgontzas AN. Chronic insomnia and stress system. *Sleep Med Clin*. 2007 Jun;2(2):279-291.

Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años

Joana Kareli Ramírez-Ramos, Carlos Borboa-García, Edna Gabriela-Delgado Quiñones, Manuel Salvador Valdeolivar-Hernández, Jessica Hernández-Calderón y Paulina Cervantes-Sánchez

Autor para correspondencia

Dra. Joana Kareli Ramírez Ramos. residente de 2do año del curso de Especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Moctezuma 5346 interior 102, Col. Villas Primavera, Zapopan, Jalisco. Teléfono: 3312153463
Contacto al correo electrónico: joaka26@hotmail.com

Palabras clave: Disfunción eréctil, diabetes mellitus, índice internacional de la función eréctil.

Keywords: Erectile Dysfunction, Diabetes Mellitus, International Index of Erectile Dysfunction.



Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años

Ramírez-Ramos JK, Borboa-García CA, Delgado-Quñones EG, Valdeolivar-Hernández MS, Cervantes-Sánchez P, Hernández-Calderón J

Resumen

Introducción

La disfunción eréctil es la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para la función sexual considerada normal. Es conocida la asociación entre este padecimiento y la Diabetes Mellitus (DM). En Latinoamérica, la prevalencia de Disfunción Eréctil (DE) en los pacientes diabéticos es de 52%. En relación con el tipo de diabetes se encuentra DE en 32% para tipo 1 y un 46% para tipo 2, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años atendidos en la UMF 171.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Muestreo no probabilístico. Se les aplicó el test Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE-5). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS® 19. La descripción de variables cualitativas así como cuantitativas se hizo mediante frecuencias y proporciones. También se aplicó la prueba de significancia estadística χ^2 .

Resultados

La muestra incluyó 95 pacientes masculinos mayores de 40 años con DM. El 89.5% (n=85) de los participantes tiene Disfunción Eréctil, resultando en los siguientes grados: leve 32.6 %, media-moderada 31.6%, moderada 11.6 %, severa 13.7%. Los cuales tiene una evolución >5 años de DM 54.1% (n=46), en edades 40-79 años 94.1%(n=80), con escolaridad preparatoria 25.8% (n=22), estado civil casados 89.4% (n=76) y sin complicaciones de DM 56.4% (n=48). No se encontró asociación con tiempo de evolución (p=0.350), edad (p=0.733), escolaridad (p=0.324), estado civil (p=0.333), ni complicaciones de DM (p=0.681).

Discusión

Se obtuvo una prevalencia alta de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la presencia o no de disfunción eréctil y tiempo de evolución, edad, escolaridad, estado civil ni para complicaciones.

Palabras clave: *Disfunción eréctil, diabetes mellitus, índice internacional de la función eréctil.*

Servicio de Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Autor para correspondencia

Dra. Joana Kareli Ramírez Ramos. residente de 2do año del curso de Especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Moctezuma 5346 interior 102, Col. Villas Primavera, Zapopan, Jalisco. Teléfono: 3312153463. Contacto al correo electrónico: joakaz6@hotmail.com

Prevalence of erectile dysfunction in diabetic patients older than 40 years

Abstract

Introduction.

Erectile dysfunction is the persistent incapacity to achieve or maintain an erection long enough for sexual function to be considered normal. The association between this illness and Diabetes Mellitus (DM) is well known. In Latinamerica the prevalence of erectile dysfunction (ED) in diabetic patients is of 52%. According to the type of diabetes, ED is found in 32% type 1 and 46% in type 2. The objective of this study is to determine the prevalence of erectile dysfunction in diabetic patients older than 40 years who receive attention at Family Medicine Unit (FMU) 171.

Material y Methods.

This is a descriptive transversal study with non-probability sampling. The sample calculation was made using EPINFO v.6, with confidence interval of 95%. We applied the International Index of Erectile Dysfunction (IIED-5). SPSS 19 was used for statistical analysis. The description of qualitative and quantitative values was made using frequencies and proportions, χ^2 was used as well.

Results.

The sample included 95 male patients older than 40 years with Diabetes Mellitus. 89.5% (n=85) of the participants with erectile dysfunction showed the following scores: mild 32.6%, mild to moderate 31.6%, moderate 11.6%, severe 13.7%. Of these patients, 54.1% (n=46) had been diagnosed with DM for over 5 years, ages ranged from 40-79 years in 94.1% (n=80), high school education level was present in 25.8% (n=22), 89.4% (n=76) were married, and 56.4% (n=48) had no complications related to DM. The following χ^2 were obtained for evolution time $p=0.350$, age $p=0.733$, education level $p=0.324$, marital status $p=0.333$, complications related to DM $p=0.681$.

Discussion.

A high prevalence of ED was seen in diabetic patients older than 40 years. There were no statistical significance differences for the presence or absence of ED with evolution time, age, education level, marital status or complications.

Key Words: Erectile Dysfunction, Diabetes Mellitus, International Index of Erectile Dysfunction.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica que por diferentes mecanismos neurovasculares afectan diversos órganos y sistemas, entre ellos los órganos sexuales.¹

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad de lograr y mantener una erección durante una relación sexual satisfactoria,² los hombres con diabetes tienen una mayor prevalencia de la DE en comparación con la población general.³ La incidencia incrementa con la edad avanzada, duración de la diabetes, y el deterioro del control metabólico. Mientras que la severidad de ésta correlaciona con el control glucémico, duración de la enfermedad y la presencia de complicaciones inducidas por la DM, siendo el tabaquismo un factor contribuyente.¹ La disfunción eréctil en el paciente diabético se encuentra presente en un 15% en las edades 30 a 34 años. Este número aumenta al 55% a la edad de 60 años.⁸ En pacientes diabéticos se calcula una prevalencia de disfunción eréctil de hasta 50% (rango de 38 a 59%).⁵ En México se cuenta, desde hace tiempo con pocas estadísticas al respecto.⁶ En Latinoamérica, la prevalencia de disfunción eréctil en los diabéticos es de 52%.⁷ La DE ocurre en diabéticos tipo 1 en un 32% y en pacientes diabéticos tipo 2 en 46%.⁸ En realidad se desconoce la patogénesis exacta de la DE en la DM pero se ha propuesto que es multifactorial, teniendo

como base una alteración neurológica, vascular o una combinación de ambas.¹⁰

La DE tiene un efecto sustancial en la interacción con la pareja, familia y la ocupación. También puede ser predecesora de episodios vasculares más serios, que se asocia comúnmente a la depresión.¹⁴

Para evaluar la disfunción eréctil en la población general se utiliza el Índice Internacional de Función Eréctil⁴. De utilidad en atención primaria fundamentalmente como elemento de tamizaje. El IIEF-5 posee propiedades adecuadas para detectar la presencia y establecer la severidad de la DE. La puntuación total del test oscila entre 5-25 puntos. Un punto de corte optimo en 21, clasificando la DE en cinco categorías: DE severa (puntuación 5-7), DE moderada (8-11), DE media a moderada (12-16), DE media (17-21), no DE (22-25).^{18,19}

Por el impacto que tiene la DE en los pacientes y su entorno el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos mayores de 40 años del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos.

Estudio observacional transversal descriptivo, el universo de estudio conformado por pacientes masculinos mayores de 40 años con diagnóstico de DM derechohabientes IMSS que

acudieron a la UMF 171. Selección de la muestra por muestreo no probabilístico. El tamaño de la muestra se calculó mediante la función STATCALC del paquete estadístico EpiInfo® versión 6, con una probabilidad del presente fenómeno de 52%, con un nivel de confianza del 95% y un error esperado de 5%, en una población de 985,563 masculinos mayores de 40 años en el estado de Jalisco, obteniéndose un tamaño de muestra de 95 individuos. Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 40 años, derechohabiente IMSS, con conocimientos de leer y escribir, consentimiento informado firmado y disposición a contestar la encuesta realizada de forma presencial, evolución mayor de 5 años de Diabetes Mellitus tipo 1 y 2. Criterios no inclusión: Antecedente de cirugía prostática y/o testicular, que estén bajo tratamiento para DE. El estudio se realizó acorde a la declaración de Helsinki actualizada en el año 2008, así como los números de registro y aprobación de los comités de bioética e investigación del IMSS.

A todo paciente masculino que reunió criterios de selección, se le aplicó el IIFE-5, se obtuvo además información sobre tiempo evolución de DM, edad, complicaciones de la diabetes, escolaridad y estado civil. Se consideró algún grado de DE con una puntuación menor de 21 puntos. El análisis estadístico se realizó con el software estadístico SSPS® para Windows® Versión 19. La descripción de variables cualitativas y cuantitativas se hizo mediante frecuencias y proporciones, también se aplicó la prueba de significancia estadística X² para diferencia de proporciones entre la DE y variables sociodemográficas.

Resultados

En el presente estudio participaron 95 hombres mayores de 40 años con DM, a los cuales se les aplicó el IIFE-5, dado lo contestado en relación a los últimos 6 meses de vida sexual; el 89.5% (n=85) de los participantes tiene DE; resultando en los siguientes grados: leve 32.6 % (n=31), Media-Moderada 31.6% (n=30), Moderado 11.6 % (n=11) Severo 13.7% (n=13). El resto de los participantes 10.5% (10) no tienen DE. (Figura 1).

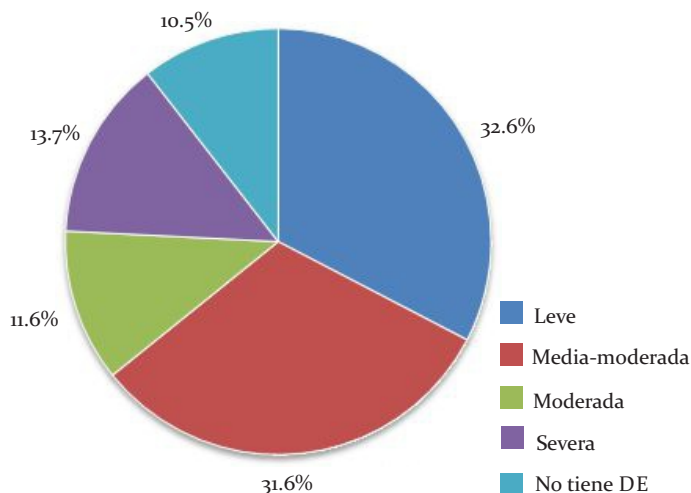


Figura 2. Grados de disfunción eréctil

Tabla 1. Características Sociodemográficas en el paciente con DE

Variables Sociodemográficas		%	p
Tiempo de Evolución con DM	Mayor 5 años	54.1	0.350
Edad	40-79 años	94.1	0.733
Escolaridad	Preparatoria	25.8	0.324
Estado Civil	Casados	89.4	0.333
Complicaciones de DM	No tenían	56.4	0.681

Se muestran las frecuencias y proporciones con su respectivo valor de p, de las variables sociodemográficas en el paciente con DE. DE: Disfunción eréctil. DM: Diabetes Mellitus

De los 85 hombres que presentaron DE, tuvieron una evolución >5 años de DM 54.1%(n=46), en edades 40-79 años 94.1%(n=80), con escolaridad preparatoria 25.8% (n=22) estado civil casados 89.4% (n=76) y sin complicaciones de DM 56.4% (n=48). Se obtuvieron las siguientes x² para diferencia de proporciones entre DE y tiempo de evolución 0.350, edad 0.733, escolaridad 0.324, estado civil 0.333, complicaciones de DM 0.681 (Tabla 1).

De los 95 participantes, los pacientes con >5 años de evolución con DM fueron 54.7%(N=46); con 6-20 años fueron 42.1% (N=40) y con > 20 años 3.2% (N=3). Las edades de los pacientes fueron de 40-59 años 47.4% (N=45), 60-79 años 47.4% (N=45) y > 80 años 5.3% (N=5). La escolaridad con la cual cuentan los participantes fueron Primaria 18.9%(N=18), Secundaria 24.2% (N=23), Preparatoria 28.4% (27) Licenciatura 24.2% (N=23) y solo 4.2% (N=4) no tiene escolaridad. El estado civil de los participantes fue 87.4%(N= 83) casados, 5.3%(N=5) solteros, 3.2% (N=3) divorciado y 4.2%(N=4) viudos. Las complicaciones que tienen nuestros participantes a causa de la DM son Retinopatía 17.9%(N=17), Nefropatía 12.6% (N=12), Pie Diabético 4.2%(N=4), Neuropatía 7.4%(N=7) y 57.9% (N=55) no tiene complicaciones.

Discusión

Se muestra que la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes mayores de 40 años con DM es alta con un 89.5% mayor a la encontrada en los otros estudios.⁸ De los grados de DE el de mayor prevalencia fue el grado Leve, según el test IIFE-5.

Estudios previos muestran la prevalencia de DE en pacientes mayores de 40 años con DM, la cual oscila entre 38-59%. De acuerdo con el Massachusetts Male Aging Study,²⁰ 52% de hombres mayores de 40 años padecen algún grado de disfunción eréctil. En pacientes diabéticos se calcula una prevalencia de disfunción eréctil de hasta 50% (rango de 38 a 59%).⁸ Es bien conocida la asociación entre la diabetes mellitus y la disfunción eréctil. En Latinoamérica, la prevalencia de disfunción eréctil en los diabéticos es, según algunos estudios, de 52%. Por lo que la prevalencia en Latinoamérica es muy parecida a la que existe mundialmente. No obstante, los que solicitan atención médica son solo un porcentaje mucho menor, es por ello que podría subestimarse

la prevalencia exacta de este padecimiento.

La alta prevalencia encontrada en nuestro estudio puede estar en relación a un mayor conocimiento sobre este padecimiento, debido a la desmitificación y amplia difusión en los medios de comunicación (boletín informativo, internet, televisora). Esto ha dado pie a que el paciente reconozca los síntomas con mayor facilidad.

El test IIFE-5 es un instrumento útil para el tamizaje, en la detección de DE, logra ser un complemento fiable para el diagnóstico oportuno de este padecimiento, por su fácil y rápida aplicación. Es de mucha utilidad para los médicos familiares en primer nivel de atención en una consulta, que sabemos se encuentra afectada por el tiempo.

Conclusiones

En nuestro trabajo, existe una alta prevalencia de DE, utilizando como método de detección el IIFE-5, en los pacientes mayores de 40 años con DM.

La disfunción eréctil, es un problema de salud importante que afecta frecuentemente a los hombres mayores de 40 años con DM, por lo que se requiere capacitación del personal del área de la salud sobre este padecimiento para realizar diagnósticos oportunos y con ello elaborar un plan terapéutico integral, en el paciente afectado.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en la elaboración de este trabajo.

Referencias bibliográficas

- Vargas JE. Disfunción eréctil en pacientes con Diabetes Mellitus. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2012; 37-41.
- Yamada T, Hara K, Umematsu H, Suzuki R, Kadowaki T. Erectile Dysfunction and Cardiovascular Events in Diabetic Men: A Meta-analysis of Observational Studies. PLoS ONE 2012;7(9):e43673
- Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7,689 patients with diabetes or hypertension, or both. Urology 2004;Dec;64(6):1196-201.
- Fong- Mata ER, Azuara-Jaramillo A. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos. Medicina Interna de México. Med Int Mex 2007;23(6):477-80
- Delgado JU. Disfunción Eréctil: Prevalencia en DM 2 en el Primer Nivel de Atención. Revista de la Escuela de Medicina "Dr. José Sierra Flores" 2012:7-10.
- Ugarte F, Barroso J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores asociados. RevMexUrol 2001;61(2):63-76
- Valero G, Palma P. Prevalencia de disfunción eréctil en una población masculina diabética cerrada. Revista Chilena Urología. 2001;66(1):18-20
- Moore C. Pathophysiology and treatment of diabetic erectile dysfunction. Asian Journal Andrology. 2006 Nov;8(6):675-84.
- Álvarez E. Disfunción Eréctil. Departamento de Urología. Clínica Las Condes. 2009;12:227-232
- Juárez A. Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Perinatol Reprod Hum. 2009;23(3):169-177.
- Kumar KV, Radhakrishnan AP. Erectil Dysfunction in Diabetic Men. Int. J. Diab. Dev. Countries. 2004.
- Dey J, Sphepherd MD. Evaluation and treatment of erectile dysfunction in men with diabetes mellitus. Mayo Clinic Proc 2002;77:276-82.
- Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction and priapism. In: Walsh PC, Retik AB, editors. Campbell's Urology. 2002;1591-1618.
- Carson CC. Erectile dysfunction: evaluation and new treatment options. Psychosom Med. 2004;66(5):664-71.
- Saigal CS, Wessells H, Wilt T. Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. Archives of Internal Medicine. 2006;166:207-212.
- Wespes E. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz, European Association of Urology 2010.
- Drogo K, Montague, M.D. The Management of Erectile Dysfunction: An Update. American Urological Association. 2009
- Rosen RC, Cappelleri JC. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res. 1999;11:319-26.
- Rosen RC, Riley A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997 Jun;49(6):822-30.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994 Jan;151(1):54-61.

Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Blanca Angélica Martínez-Castillo, Edna Gabriela Delgado-Quñones y César Gerónimo Salamanca-Rodríguez

Autor para correspondencia

Minerva Sahagún Cuevas. Médico Familiar y Profesor adjunto de la Especialización de Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com

Palabras clave: Adicción, autoestima, redes sociales.

Keywords: Addiction, self-esteem, social networks.



Adicción a redes sociales y su relación con problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años en población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social

Sahagún-Cuevas MN, Martínez-Castillo BA, Delgado-Quñones EG, Salamanca-Rodríguez CG

Resumen

Introducción

Las estadísticas muestran un incremento en el uso de redes sociales, dichas plataformas de Internet se han desarrollado considerablemente en pocos años, afectando positiva y negativamente la interrelación así como los procesos de socialización habituales especialmente a los adolescentes. La literatura informa que los más jóvenes son más vulnerables a los potenciales efectos negativos del Internet, por lo que por la búsqueda de novedades e impulsividad propias de su edad, los adolescentes se hacen más vulnerables a desarrollar problemas adictivos. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre la adicción a redes sociales y problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto de Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos

Se trata de un estudio epidemiológico de asociación del tipo transversal descriptivo, el cual incluyó 102 probandos entre 15 a 19 años de edad que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se aplicó la escala de adicción a Internet de Lima, se formaron dos grupos, con adicción y sin adicción, para valorar su autoestima se aplicó el test de Rosenberg. El análisis estadístico se realizó en software SPSS 15, buscando una asociación mediante la prueba de *Odds Ratio* (OR), considerando una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Adicción a Internet correspondió el 66.7% y sin adicción el 33.3%, autoestima normal fue 37.3% y el 62.7% para problemas de autoestima OR 1.283, IC 95% (0.551-2.987) $p=0.909$.

Discusión

La relación entre un alto uso del Internet y el incremento en los trastornos de conducta ha aparecido en varios estudios. El presente trabajo no encontró asociación, sin embargo en la población analizada predominaron los problemas de autoestima 62.7% y alto porcentaje de adolescentes con adicción a Internet 66.7%. En este estudio no existió asociación entre problemas de autoestima con adicción a redes sociales.

Palabras clave: Adicción, autoestima, redes sociales.

a.Unidad de Medicina Familiar 171,
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Minerva Sahagún Cuevas. Médico Familiar y Profesor adjunto de la Especialización de Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com

Relation between Social Network Addiction and Self-Esteem Problems Among 15 and 19 year old population from Family Medicine Unit 171

Abstract

Introduction.

Statistics show an increase in social media use. These internet sites have developed during the last few years, with positive and negative consequences on common socialization patterns and relationships, especially among teenagers. Literature reports that younger people are more vulnerable to internet's potential negative effects. Teenagers are susceptible to become addicted due to their research stimulus and novelty desire. The objective of this study was to know the relation between social network addiction and self-esteem problems in a 15 to 19 year old population from Family Medicine Unit (FMU) 171.

Material and methods.

Analytic transverse study with people among 15 to 19 years old that assisted to FMU 171 of Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A 102 patient sample met the selection criteria. Using the Lima Internet Addiction Score we divided patients in two groups based on the presence or absence of internet addiction. In order to evaluate self-esteem we used the Rosenberg test. Statistical analysis was done using SPSS 15, looking for an association through Odds Ratio (OR), and considering statistical significant a value of $p < 0.05$.

Results.

Internet addiction was present in 66.7% and absent in 33.3%. Normal self-esteem was reported in 37.3% and 62.7% showed self-esteem problems, OR 1.283, confidence interval 95% (0.551-2.987) $p=0.909$.

Discussion.

The relation between high internet use and an increase in behavior disorders has been described in various studies. This research showed no association between them, however self-esteem problems prevail 62.7%, as well as a high percentage internet addiction 66.7%. This study showed no association between self-esteem problems and social network addiction.

Key Words: Addiction, self-esteem, social networks.

Introducción

En la actualidad toda persona, de cualquier edad tiene posibilidad de utilizar las redes sociales en la web con diversos fines, en especial, a las páginas de redes sociales como Facebook o Twitter.¹

Los adolescentes buscan en la red información, intercambio de ideas, socialización.² La adicción a Internet y a las redes sociales se ha vinculado a la depresión y a la baja autoestima. También se relaciona con ciertas características de personalidad y estados emocionales (impulsividad, disforia, etc).³ Ser dependiente de estas redes va cada vez en aumento principalmente de los adolescentes.⁴

Según reportes de la Score, Latinoamérica es el lugar del mundo donde más se usan las redes sociales, con mayor consumo de Internet llegando a 160 millones de internautas con 9.2 horas promedio de uso al mes. México es líder en conexiones con tabletas (3.6%) Argentina y Brasil están empatados (92.1%) como países en los cuales se ingresa más a la web desde ordenadores.⁵ La Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) en su informe sobre los Hábitos de los Usuarios de Internet en México 2010 encontró 34.9 millones de usuarios, el mayor porcentaje de usuarios se encontró en el rango de 12 a 17 años (27%), en segundo lugar los de 18 a 24 años (23%), en tercer lugar los de 25 a 34 años (17%).⁶ En general un 56% de la población revisa Facebook por lo menos una vez al día, el 12% cada par de horas. Se puede considerar un problema de salud porque los usuarios de entre 15 y 22

años “no pueden apartarse de ellas por más de seis horas”.⁷

En boga está la red social Facebook, su difusión ha traspasado culturas, ya que se considera una nueva forma de comunicación, así como socialización. Esta comunicación juega un papel muy importante dentro de las nuevas generaciones, también es importante considerar las formas en que produce cambios en las redes sociales físicas y reales.⁸ Si una persona con bajo autoestima recibe beneficios por estar conectado a estas redes, su tiempo de permanencia incrementará reduciendo su tiempo en la interacción real, creando una ilusión de socialización.⁹

Se ha reportado que los jóvenes son más vulnerables a los potenciales efectos negativos del Internet, esto está asociado a la búsqueda de novedades e impulsividad propias de su edad, por lo que son más susceptibles a desarrollar problemas adictivos.¹⁰ Los adolescentes principales usuarios de estas redes, privados de sueño por una obsesiva práctica de este tipo de comunicación, suelen manifestar síntomas de depresión, presentan problemas para dormir y se desempeñan de manera deficiente en la escuela.¹¹

Recientemente se ha señalado que el uso de estas redes es un indicador a tener en cuenta a la hora de valorar la salud de niños así como adolescentes, por lo tanto es importante incluir en el cuestionario médico datos relativos al uso de Facebook y otras redes sociales con el objeto de diagnosticar un trastorno depresivo en la infancia.¹²

Martínez-Lanz y cols. reportaron en un estudio transversal

sobre autoestima, acoso en adolescentes mexicanos, que utilizan las redes sociales principalmente para pasar el tiempo, diversión y comunicación; en cuanto al nivel de autoestima, se presenta mayor afectación en adolescentes de preparatoria comparado con los de secundaria, sin diferencia significativa en cuanto al sexo.

En un estudio de cohorte realizado para analizar el estrés, problemas de sueño y síntomas de salud mental, reportan que casi el 40% de los hombres así como el 30% de las mujeres utilizan más de 4 horas al día la computadora, el 20 % duerme solamente de 1 a 2 horas al día, las mujeres presentan estrés dos veces más frecuente que los hombres, obtuvieron hasta un 50% de pacientes con problemas de autoestima y 65% de datos compatibles para depresión, lo cual es alarmante debido a que lo reportado por la literatura en población general de adolescentes es del 20%.^{13,14} Para evaluar la autoestima existe la escala de Autoestima de Rosenberg desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países con un cociente de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0.80. Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a.¹⁵ Para la evaluación de la adicción existe la escala de adicción a Internet de Lima (EAIL) validada y con un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach de 0.84, consta de once ítems: ocho evalúan las características sintomatológicas y tres evalúan las características disfuncionales. Cada ítem cuenta con respuestas de opción múltiple tipo Likert de cuatro opciones: Muy rara vez (1), Rara vez (2), A menudo (3), Siempre (4).¹⁶

Al observar el impacto social así como comunicacional que tienen las redes sociales electrónicas es posible que ahora algunas investigaciones busquen entender y explicar qué efectos tendrán en la dinámica y formas de comunicación, con amigos e incluso con familiares. Por lo cual es importante establecer el efecto que tienen estos cambios tan rápidos en tecnología a nivel individual como grupal y social, en esta sociedad moderna donde se pierde el contacto físico y se sustituye por una permanente conexión con la red.^{1,2} Por ello en este estudio el objetivo fue estimar conocer la relación entre la adicción a redes sociales y problemas de autoestima en la población de 15 a 19 años de la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171).

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el cual se incluyó a 102 personas que acudieron a la UMF 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), recolectada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con los siguientes criterios de inclusión: pacientes de 15 a 19 años acompañados de padre o tutor que acepten participar en el estudio autorizado por escrito mediante consentimiento informado y que sean usuarios de redes sociales. Se excluyeron: pacientes con diagnóstico de trastornos psicológicos o psiquiátricos. Se eliminaron: personas que decidan retirarse del estudio, encuestas incompletas o mal contestadas. Se formaron dos grupos a partir del resultado de la escala de adicción a Internet de Lima, uno de pacientes adictos y otro de pacientes sin adicción a los cuales se les

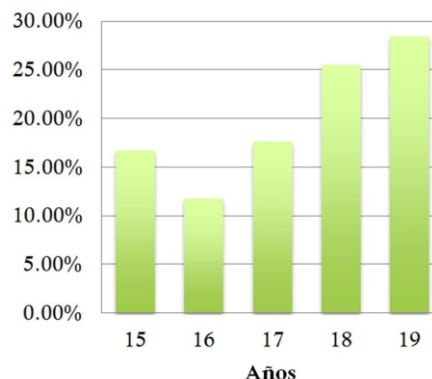


Figura 1. Distribución por edades. 15 años correspondió 16.7%, 16 años un 11.8%, 17 años un 17.6%, 18 años un 25.5%, 19 años un 28.4%.

evaluó el nivel de autoestima, posteriormente se procedió a recabar los datos demográficos de los participantes incluyendo (edad, sexo, estado civil, ocupación). Una vez recolectada la información se continuó con su análisis estadístico. Los datos fueron analizados en el software estadístico SPSS15, buscando una asociación mediante el OR, considerando una significancia estadística cuando el valor de p fue igual o inferior a 0.05. Fue hecha de acuerdo a la declaración de Helsinki, tratado del Belmont, con números de registro y aprobación de los comités de investigación y bioética del IMSS.

Resultados

La distribución por edades que se muestra en la figura 1 con una media de edad de 18 años, y desviación estándar de 1.43. De los 102 participantes entrevistados el 77.5% ($n=79$) eran del género femenino y el 22.5% ($n=23$) del género masculino. El estado civil de los adolescentes fue del 63.7% ($n=65$) eran solteros, el 23.5% ($n=24$) se encontraban en unión libre, el 13% ($n=13$) eran casados. La escolaridad de los adolescentes el 1% ($n=1$) eran analfabetas, el 5.9% ($n=6$) tenían primaria, el 39.2% ($n=40$) tenían secundaria, el 52.9% ($n=54$) tenían bachillerato y el 1% ($n=1$) tenían licenciatura. La ocupación de los adolescentes fue del 21.6% ($n=22$) eran ama de casa, el 61.8% ($n=63$) eran estudiantes, el 9.8% ($n=10$) eran obreros, el 6.9% ($n=7$) eran comerciantes. Los resultados del cuestionario LIMA para adicción a Internet en la figura 2. Los resultados del cuestionario ROSENBERG para valorar el nivel de autoestima, el 37.3% ($n=38$) fueron para autoestima normal y el 62.7% ($n=64$) para problemas de autoestima (Figura 3). Para asociación a adicción a redes sociales con problemas de autoestima fue OR=1.283, IC 95% (0.551-



Figura 2. Adicción a Internet. 34 pacientes sin adicción y 68 con adicción.

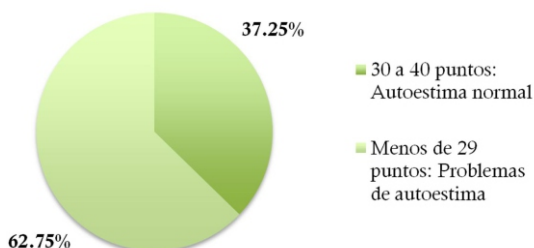


Figura 3. Resultados del cuestionario ROSENBERG para valorar el nivel de autoestima, 38 pacientes con autoestima normal y 64 con problemas de autoestima.

2.987), $p=0.909$.

Discusión

La relación entre un alto uso de Internet y el incremento en los trastornos de conducta ha aparecido en varios estudios, los resultados del presente trabajo muestran un OR de 1.283 lo que se puede traducir en que los adictos a redes sociales tienen 1.283% más de posibilidad de presentar baja autoestima sin embargo los resultados del intervalo de confianza cruzan la unidad lo cual nos indica que este resultado se debió al azar, y una $p=0.909$ que nos indica un resultado no estadísticamente significativo. Aunque es evidente que el Internet está produciendo un rápido cambio en las costumbres y modos de vida de las personas, ya que está modificando la forma en que se relacionan unas personas con otras. Kraut y cols. examinaron el impacto de Internet sobre 169 personas en 73 hogares encontrando que un gran uso del Internet estaba asociado con un decremento en la comunicación con los miembros de la familia en el hogar, un decremento en el tamaño de su círculo social, baja autoestima y depresión.¹⁷

En el presente estudio se observó que predominaron los problemas de autoestima en el grupo de adolescentes (62.7%) a quienes se les aplicó el cuestionario Rosenberg. También se observó un alto porcentaje de adolescentes con adicción a Internet 66.7%, a diferencia del estudio realizado Scott Frank y cols. en el cual se observó que 11.5% dedicaba más de 3 horas diarias a las redes sociales online. Los adolescentes hiperconectados presentaban en comparación con quienes hacían un uso no tan intensivo de Internet, un riesgo hasta 84% mayor de consumir drogas ilegales, 94% mayor de participar en peleas y 69% mayor de beber alcohol en exceso. También mostró tasas mayores de depresión, de trastornos de alimentación, de estrés y de pensamientos suicidas.¹⁸

Referencias bibliográficas

- Echeburúa E, De Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a 9. las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*. 2010;22:91-96.
- Navarro LA, Luna JD, Gun LM, et al. Las redes sociales, *Memoria del Verano de la Ciencia de la UASLP*; 2012; 4:519-522.
- Morduchowicz R. Los adolescentes y las redes sociales. Ministerio de la educación, Argentina, Septiembre 2010; 11. <http://www.me.gov.ar/escuelaymedios/material/redes.pdf>
- Martínez Lantz P, Betancourt D, Blanco M, Colinas MA, et al. Autoestima y Ciberacoso en Adolescentes Mexicanos. 12. Universidad Anáhuac México Norte. Primera edición. 2012.
- ComScore Inc. Empresa de Investigación en Red social. Estadística red social: <http://www.comscore.com>
- Hábitos de los usuarios de Internet en México 2011. Asociación Mexicana de Internet: <http://www.amipci.org.mx/noticias/index/cvnoticias/1021>
- Vizcarra E. Adicción a las redes sociales crece entre los adolescentes. La República. Agosto 2012. <http://www.larepublica.pe/27-08-2012/adiccion-las-redes-sociales-crece-entre-los-adolescentes>
- Ojeda A. La Importancia de Mantenerse Inserto. *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(1):3-5 ISSN 1405-0943.
- Grupo el Comercio. Adicción a las Redes Sociales. *Revista Familia*. Sept. 2012.
- Cruzado L. et al. Adicción a Internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Revista Medicina Hereditaria*. 2006;17(4):196-205.
- Estévez A, Villardón L, Calvete E, Padilla P. Adolescentes víctimas de cyberbullying: prevalencia y características. *Behavioral/Psicología Conductual* 2011;18:73-89.
- Bélangier R, Akre Ch, Berchtold A, Michaud PA. Una asociación entre la intensidad del uso de Internet y la salud de los adolescentes. *Pediatrics*. 2011;127:330-335.
- Herrera FM, Pacheco MP, Palomar J, Zavala D. La Adicción a Facebook Relacionada con la Baja Autoestima, *Psicología Iberoamericana*. Enero-Junio 2010;18(1):6-18.
- Thomé S, Harenstam A, Hagberg M. Computer use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among Young adults – a prospective cohort study. *Bio med Central Psychiatry*. 2012;12: 176.
- The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation 20. in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007;10(2):458–467
- Lam N, Contreras H, Mori E. Adicción a Internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental, Salud Pública*. 2001;28(3):462-9.
- Moreno, MA, Jelenchick, L Cox, E, Young, H, y Christakis, DA. Problematic Internet Use Among US Youth. A Systematic Review. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2011;165:709-805
- Frank, S. Hyper-texting and hyper-networking. A new Health risk category for teens? Presentación en 138th Annual Meeting de la A P H A , Denver, Colorado. 2010. <http://apha.confex.com/apha/138am/webprogram/Paper224927.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta en Hogares sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de Información, disponible <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2012/agosto/comunica1.pdf>
- Lam L.T. y Zi-Wen Peng Effect of Pathological Use of the Internet on Adolescent Mental health. A prospective study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2010;164:901-906.

Prevalencia de gérmenes de transmisión sexual en mujeres de 15 a 49 años

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, María de los Ángeles Hernández-Godínez, Edna Gabriela Delgado-Quñones, Blanca Angélica Martínez-Castillo y César Gerónimo Salamanca-Rodríguez

Autor para correspondencia

Minerva Sahagún Cuevas. Médico Familiar y Profesor adjunto de la Especialización de Medicina familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com

Palabras clave: Candida albicans, cultivos vaginales, Gardnerella vaginalis, infecciones de transmisión sexual.
Keywords: Candida albicans, Gardnerella vaginalis, sexually transmitted infections, vaginal cultures.



Prevalencia de gérmenes de transmisión sexual encontrados en mujeres de 15 a 49 años

Altamirano-Cruz MN, Cervantes-Orozco IE, Meza-Reyes GE

Resumen

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual son patologías de origen infeccioso causadas por más de 30 agentes entre bacterias, virus, hongos y parásitos. A nivel mundial es una causa muy común de demanda de atención médica, en la mujer produce cervicitis, uretritis, cáncer anogenital, infertilidad, embarazo ectópico, aborto, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino e incremento de la mortalidad neonatal por lo que el objetivo principal fue conocer la incidencia de los gérmenes de transmisión sexual encontrados en el laboratorio de la Unidad Médico Familiar 171 en mujeres de 15 a 49 años.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal descriptivo, muestreo no probabilístico que incluyó los resultados de cultivos del laboratorio de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mujeres de 15 a 49 años en un periodo de seis meses de enero a junio del 2014. Se realizó revisión del expediente electrónico del servicio de laboratorio. El análisis estadístico realizado con el programa SPSS versión 19 con aplicación de estadística descriptiva.

Resultados

Se revisó un total de 40 cultivos positivos para infecciones de transmisión sexual en mujeres de 15 a 49 años, encontrando en el 62.5% de los cultivos positivos a *Candida albicans* y en el 37.5% de los casos a *Gardnerella vaginalis*, las edades con mayor frecuencia de infección fueron a los 34, 44 y 49 años, con 3 casos positivos en cada una de estas edades.

Discusión

La incidencia de gérmenes de transmisión sexual en un periodo de 6 meses en la Unidad de Medicina Familiar 171 fue de 40 casos en mujeres de 15 a 49 años de edad.

Palabras clave: *Candida albicans*, cultivos vaginales, *Gardnerella vaginalis*, infecciones de transmisión sexual.

Servicio de Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar 171,
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Minerva Sahagún Cuevas. Médico
Familiar y Profesor adjunto de la
Especialización de Medicina familiar
adscrita a la Unidad de Medicina
Familiar 171 del Instituto Mexicano del
Seguro Social, Jalisco, MX.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496,
Fraccionamiento Arboledas, Zapopan,
Jalisco, C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico:
natsah@hotmail.com

Prevalence of sexually transmitted germs found in the laboratory at a Family Medicine Unit in women ranging from 15 to 49 years old

Abstract

Introduction.

Sexually transmitted infections are pathologies originated by more than 30 agents amongst bacteria, viruses, fungi, and parasites. Worldwide, they are a common cause for medical attention search, in the woman it produces cervicitis, urethritis, anogenital cancer, infertility, ectopic pregnancy, abortion, threat of preterm delivery, premature delivery, and increase on neonatal mortality, reason why the main objective was to know the incidence of sexually transmitted germs found in the laboratory in women ranging from 15 to 49 years old.

Material and methods.

Observational study, cross-sectional descriptive, nonstatistical sampling including the results of cultures in the Family Medicine Unit laboratory in women ranging 15 to 29 years old during a six months period between January to June 2014. A revision of the laboratory electronic files was done. The statistical analysis was carried out with the SPSS program version 19 applying descriptive statistics.

Results.

*40 cultures in total were reviewed for sexually transmitted infections finding in 62.5% positive for *Candida albicans* and in 37.5% of the cases for *Gardnerella vaginalis*, the ages with the higher frequency of infection were, 34, 44, and 49 years old with 3 positive cases in each.*

Discussion.

The incidence of sexually transmitted germs during a six months period in the Family Medicine Unit was 40.

Key Words: *Candida albicans, Gardnerella vaginalis, sexually transmitted infections, vaginal cultures.*

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) comprenden una serie de patologías, de etiología infecciosa, con más de 30 gérmenes, entre bacterias, virus, hongos y parásitos diferentes.¹⁻³

En México las vías de transmisión son 87% relaciones sexuales penetrativas de pene, lengua, vagina, ano, o cavidad oral, 6% se transmite a través de transfusiones de productos sanguíneos, 6% la transmisión es vertical de la madre a su hijo durante el embarazo o parto y el 1% por uso de drogas inyectables.^{2,4}

En la mujer puede causar cervicitis, uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cáncer anogenital y muerte, embarazo ectópico, aborto, pérdida fetal y parto pretérmino. En el recién nacido incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, neumonía, ceguera e infecciones.⁵⁻⁸

La *Trichomona vaginalis*, en el embarazo se ha asociado a parto pretérmino y bajo peso al nacer; *Gardnerella vaginalis* se ha relacionado con presencia de parto pretérmino, endometriosis puerperal, infección intraamniótica, abortos y ruptura prematura de membranas; *Chlamydia trachomatis* es capaz de producir en la mujer salpingitis, embarazos ectópicos, infertilidad; la sífilis además de provocar cardiopatía y neurosífilis en la mujer durante el embarazo puede provocar sífilomas en hígado, bazo, pulmón y muerte fetal.^{4,10-11} El Virus del Papiloma Humano (VPH) sobre todo los genotipos 16 y 18 en mucosas genitales es responsable de complicaciones como la displasia, carcinoma de cérvix, y de diversos carcinomas genitales en vagina, vulva, y pene; la

infección congénita por Citomegalovirus causa microcefalia, hepato y esplenomegalia, ictericia, anemia, trombocitopenia, neumonía y convulsiones.¹²⁻¹³

A nivel mundial, la incidencia de las ITS agudas es alta, se considera un problema de salud pública que tiene mayor ocurrencia en adolescentes, jóvenes y adultos, de 15 a 45 años. Uno de cada 20 jóvenes se contagia cada año en el mundo, la mitad de los que tienen serología positiva para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se contagiaron entre los 15 y 24 años de edad.^{2,9,10,15}

Desde 1999 se considera que más de 340 millones de ITS curables y muchas más incurables ocurren cada año. En el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta más de 330 millones de ITS, sin involucrar casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ni VPH.^{5,16} En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria.¹⁷

En México se encuentra entre las diez primeras causas de morbilidad general en los grupos de 15-44 años de edad. Según el INEGI afectan principalmente a las mujeres. En el 2007 se reportaron 177,627 nuevos casos donde el 96% eran mujeres, la incidencia de tricomoniasis urogenital en mujeres fue de 71.06% y en hombres de 7.24%, seguida por VPH con una incidencia de 62.71% en la mujer y en los hombres de 2.7 por cada cien mil habitantes, la incidencia de SIDA fue de 5.36% en el hombre y 1.5% para las mujeres.^{4,18}

Son las mujeres las más afectadas por las ITS, las que pueden presentar más complicaciones en su vida reproductiva, por lo tanto esta investigación se realiza para

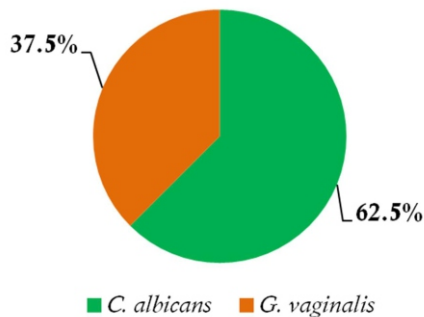


Figura 1. Proporción de gérmenes de transmisión sexual encontrados en los cultivos.

detectar los gérmenes de transmisión sexual que más afectan a las mujeres de nuestro medio ya que de este conocimiento dependerá un manejo favorable y además disminuir la morbilidad materno fetal.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal descriptivo, en el que se revisaron los estudios de cultivo del laboratorio para detectar gérmenes de transmisión sexual en mujeres, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171), Zapopan Jalisco en un periodo de seis meses de enero a junio del 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico de cuota por conveniencia a todas aquellas pacientes femeninas que cumplieron con los criterios de selección en el momento del estudio, se incluyó a todas las pacientes mujeres con una edad de 15 a 49 años a las que se les realizaron estudios de laboratorio tipo cultivo vaginal. El análisis estadístico con el programa SPSS versión 19, para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias, proporciones en variables cualitativas y en las cuantitativas media, mediana moda y desviación estándar.

Resultados

Encontramos una incidencia de 40 casos de cultivos positivos para gérmenes de transmisión sexual durante el periodo de seis meses de enero a junio de 2014 en pacientes de 15 a 49 años de edad, de la UMF 171 de los cuales se recabaron solo dos gérmenes en los cultivos, *C. albicans* con un 62.5% y *G. vaginalis* con un 37.5% (Figura 1). Se encontró que la edad con mayor frecuencia de cultivos positivos fue a los 34,

44 y 49 años de edad con 7.5% (n=3). Con una media para la edad de 33.67, mediana de 34.00 años, y la moda de 34.00 años, desviación estándar de 9.47 años.

Discusión

En este estudio encontramos que el mayor porcentaje para gérmenes de transmisión sexual es para *C. albicans* seguida por *G. vaginalis*, la edad con mayor frecuencia de ITS fue a los 34, 44 y 49 años, encontrando 3 pacientes en cada una, solo se encontró una paciente de 16 años con ITS siendo la más joven. Estos resultados son similares a lo reportado en un estudio realizado en Puebla en el Hospital Universitario en donde se incluyó a 104 mujeres con vida sexual activa de 15-45 años de edad que acudieron a la consulta por enfermedades de transmisión sexual en el 2008, con una frecuencia de 6.98 por cada 1000 consultas de mujeres mayores de 15 años, donde candidosis vaginal fue la infección más común con 38.5%, el VPH representó el 30.8%, tricomoniasis vaginal, 15.4% *G. vaginalis* en 9.6%, VIH/SIDA 3.8% y *C. trachomatis* 1.9%. La edad promedio fue de 34.⁵ Las casadas representaron 59.6%, presentaron manifestaciones como leucorrea 73%, prurito 67%, ardor 40.4% y dispareunia 34.6%.⁸ Como debilidades este estudio al realizarse en expedientes electrónicos de laboratorio no se recabaron ni datos clínicos ni sociodemográficos, el corto tiempo de estudio, la población limitada, como fortalezas se identificaron gérmenes de transmisión sexual, se identifica el germen de transmisión sexual más frecuente, información que no se conocía en la UMF 171.

Conclusión

Se muestra la incidencia de gérmenes de transmisión sexual en cultivos de mujeres de 15 a 49 años de edad, la cual de los 40 casos reportados en 25 fue positivo para *C. albicans* y 15 para *G. vaginalis*, siendo más frecuente en las pacientes con 34, 44 y 49 años.

Los cultivos vaginales son el método ideal de realizar el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, para poder otorgar un tratamiento específico, ya que de no tratarse adecuadamente nos estaríamos arriesgando a infecciones de transmisión sexual resistentes al tratamiento, con recurrencias, recaídas, recidivas y las complicaciones ya mencionadas.

Referencias bibliográficas

- Diez M, Díaz A Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española Sanidad Pen* 2011;13:58-66.
- OMS. Infecciones de Transmisión sexual Centro de prensa, Nota descriptiva No. 110. Agosto de 2011.
- Arias R, Cruz M, Lara A, Lozano M, Mata J, Chavez M, et al Enfermedades de Transmisión Sexual en el adolescente y Adulto que producen Úlceras Genitales: Herpes, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal. *Guía de Práctica Clínica México*: Secretaría de Salud. 2008.
- Instituto Nacional de Mujeres. Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH-SIDA Sistema de indicadores de género.
- Santander E, Salvo E, Pacheco G, Mendoza M, Garcés C, Amigo I et al. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual Primera parte *Revista Chilena Infectología* 2009; 26(2):174-190.
- López Y. Incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil *Revista electrónica de Portales Médicos.com* 2010.
- Ovalle A, Martínez M, de la Fuente F, Falcon N, Feliú F, Fuentealba F, et al. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas atendidas en un hospital público de Chile. *Revista Chilena Infectología* 2012;29(5):517-520.
- Guía para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual Catalogación por la Biblioteca de la OMS 2005.
- Valdez J, Abad M, Vallejos M, Enriquez M, Prevalencia y características clínicas de enfermedades de transmisión sexual en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Puebla, 2008.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- Belda J, Díaz A, Diez M, Ezpeleta G, Fernandez G, Junquera M, et al Infecciones de Transmisión Sexual Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y control. Secretaría General de Sanidad, Madrid, 2011
- Trujillo M, Trujillo J, Infecciones de transmisión sexual en pacientes con VIH+/SIDA *Rev Panam Infectol* 2011;13(3):14-18.
- Agarwal D, Alami K, Kumar L, Meheus A, Morison L, Morrisio C, et al. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica Organismo Mundial de la Salud 2005. Salud reproductiva e investigaciones Conexas.
- Corona E, Conde C, Barrón B, Sanchez M, Virus del herpes simplex tipo 1: un posible agente de transmisión sexual en población universitaria. *Gac Med Méx*. 2010;146(2).
- Contreras J, Bott S, Dartnall E, Guedes A, Ishida K, Fields A, et al Violencia Sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios Versión: OMS, OPS, LACRO UNFPA, SVRI, Marzo de 2010.
- Toibaro J, Ebensrtejin J, Parlante A, Burgoa P, Freyre A, et al Infecciones de Transmisión Sexual en Personas Transgenero y otras identidades sexuales. *Medicina (Buenos Aires)* Volumen 69 No. 3 2009; 69(15):327-330.
- Peláez J. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010;36(1):109-23.
- Martínez M, Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Parte 1 ITS no virales Laboratorio e Infectología. *Rev Chil Infect* 2009;26(6):529-539.

El médico familiar y sus herramientas

Carlos Alfonso Román-López, Reyna Anahy Angulo-Valenzuela, Gustavo Figueroa-Hernández y María De Los Ángeles Hernández-Godínez.

Autor para correspondencia

Carlos Alfonso Román López. Servicio de Medicina Familiar. Director de la UMF 171. Zapopan Jalisco.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496. Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311
Contacto al correo electrónico: carlos.roman@imss.gob.mx

Palabras clave: Familia, herramientas, medicina familiar.

Keywords: Family, family medicine, tools.



El médico familiar y sus herramientas

Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez MA

Resumen

La medicina familiar es una práctica social que se instala en la atención primaria de salud, condicionada por reglas y normas estructurales de las instituciones sanitarias donde existe y que a su vez forman parte de estructuras sociales. En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, basada en el modelo biomédico que se ejerce de manera más o menos uniforme en las unidades médicas de atención primaria. El médico familiar frecuentemente utiliza herramientas básicas que le permiten durante la consulta identificar oportunamente conductas, acciones y síntomas que orienten hacia alguna patología primaria o secundaria, y sobre todo mejorar el entorno del paciente y su familia para su beneficio. La especialidad de medicina familiar ha tenido un éxito mundial desde que comenzó en la década de los sesenta y ha contribuido en el mantenimiento del equilibrio entre generalistas y especialistas, indispensable para lograr una buena, completa, ordenada y económica atención médica. El objetivo de esta revisión es dar a conocer las múltiples labores del médico familiar, así como identificar las diversas herramientas validadas con las que cuenta esta especialidad médica, la cual día a día se enfrenta a nuevos retos.

Palabras clave: Familia, herramientas, medicina familiar.

The tools of a family physician

Abstract

Family medicine is a social practice installed on primary healthcare conditioned by structural rules and norms in sanitary institutions and are part of social structures as well. In this level, pre-established actions are performed and shaped for the first contact of integral healthcare, based on the biomedical model executed more or less uniform in medical units of primary attention. The family physician frequently uses basic tools that allows him to identify promptly behaviors, actions and symptoms to guide into a primary or secondary pathology and, most of all, to the improvement of the patient and their family's environment for their benefit. The family medical specialty has achieved a world success since its beginnings in the 70's and has contributed to the maintenance of the balance among general physicians and specialists, essential in order to reach a good, complete, ordered and economic medical attention. The objective of this review is to make known the multiple family physicians' workings, as well as identifying the diverse validated tools belonging to this medical specialty which face new challenges day by day.

Key words: Family, family medicine, tools.

Servicio de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Carlos Alfonso Román López. Servicio de Medicina Familiar. Director de la UMF 171. Zapopan Jalisco, Av. López Mateos Sur 3496. Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco C.P. 45060
Teléfono: (33) 36328311
Contacto al correo electrónico: carlos.roman@imss.gob.mx

Introducción

¿Qué es la medicina familiar?, ¿Cuál es la práctica médica de la medicina familiar?, ¿La medicina familiar beneficia al individuo y la colectividad? o ¿Es sólo un tipo de medicina general con un barniz de conocimientos psicológicos y epidemiológicos? entonces ¿Qué es un médico familiar? ahora bien, ¿Un buen médico general puede hacer operacionalmente lo mismo o más que un llamado médico familiar o simplemente la práctica médica familiar justificará su propia extinción?

En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, basada en el modelo biomédico que se ejerce de manera más o menos uniforme en las unidades médicas de atención primaria.

En México la medicina familiar ha carecido hasta hoy de un enfoque global. La permanencia del modelo biomédico curativo instaurado tanto en las instituciones de salud públicas como privadas, da origen a una medicina familiar desdibujada, incomprendida, injustificable y altamente costosa para los servicios de salud. Cabe mencionar que este modelo ha funcionado en otros países, pero en México enfrenta graves contradicciones que ponen en riesgo su propia existencia.¹

El médico familiar está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud, el compromiso no tiene un punto final definido; no termina con la curación de una enfermedad, la finalización de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento, la Medicina Familiar se define a sí misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica.²

“El médico familiar no es el médico de su estómago, ni de su depresión, ni de su diabetes, ni de su artrosis. Cuida de todas estas cosas, pero es algo más, es... su médico”. La medicina de familia se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica.³

El médico familiar frecuentemente utiliza herramientas básicas que le permiten durante la consulta identificar oportunamente conductas, acciones, síntomas que orienten hacia alguna patología primaria o secundaria, y sobre todo mejorar el entorno del paciente y su familia para su beneficio.

Si queremos conocer sobre un país o una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales.⁴

El objetivo de esta revisión es dar a conocer las múltiples labores del médico familiar, así como identificar las diversas

herramientas validadas con las que cuenta esta especialidad médica, la cual día a día se enfrenta a nuevos retos.

Estudio de Salud Familiar (ESF)

Una de las herramientas fundamentales del médico familiar es el ESF, el cual es un instrumento indispensable para el estudio integral del paciente y su familia. Forma parte importante del cuerpo de conocimientos y competencia de esta especialidad, ya que ninguna otra especialidad médica ni otra profesión tiene la capacidad de realizarlo.

El estudio de salud familiar es un tipo de investigación que toma a la familia como unidad de análisis para generar conocimientos sobre la relación de este grupo social con la salud de sus integrantes y de la población en su conjunto. Pretende reflejar las múltiples y complejas interacciones entre la sociedad, la familia y la salud, así como entre las políticas sanitarias, los sistemas de atención de salud y las necesidades familiares.

La familia comparte una historia de naturaleza biológica, psicológica, y sociocultural que le da una identidad propia, íntima e irrepetible; lo que hace del ESF un proceso en el cual la perspectiva temporal y ética ocupa un lugar destacado debido a la obligada referencia a la estructura familiar, al componente genético, a la historia de vida familiar y su significado.⁵

Debe incluir ficha de identificación, genograma estructural, la zona geográfica de residencia familiar, la fecha de inicio del estudio, el número de sesiones con la familia según el consenso de medicina familiar para la elaboración de ESF, deben ser mínimo de 6 meses o hasta 10 sesiones. Se debe incluir el motivo de consulta precisando los motivos de esta expresados por el paciente y su familia, tomando en cuenta la actitud del paciente al momento de la consulta. La justificación del ESF, analizando la relación entre el motivo de consulta, la situación actual y la necesidad del estudio, desde la perspectiva del médico familiar, considerando la semiología y la exploración física del paciente. La Historia de la Familia, en este apartado se narrarán las motivaciones para formar la pareja y la familia hasta el momento actual, se consideran la ascendencia de la pareja, el inicio del noviazgo, expectativas y aspiraciones, convenios, empleos, nacimientos, cambios de residencia, lo que incluye valores, reglas y satisfacciones durante el desarrollo de la familia, así como el cumplimiento de las expectativas individuales, de pareja y familiares. Continuar con la estructura familiar (la cual incluye tipología familiar, ciclo vital familiar, funciones familiares básicas, dinámica familiar). Factores de riesgo, diagnóstico familiar biopsicosocial integral y factores de protección. El pronóstico y nuestro plan de manejo integral, para poder llevar una evolución y seguimiento, terminando con los anexos y la bibliografía.⁶

La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

La trascendencia de algunas herramientas se identifican fundamentalmente en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya

importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Ciclo vital, conformación, estructura, desarrollo, dinámica familiar etc.⁷

Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. El Ciclo Vital se clasifica según la entrada y salida de los miembros de la familia según diferentes autores como el Dr. Huerta (Tabla 1).⁷

Otras herramientas para evaluar los diferentes aspectos del paciente y los integrantes de su familia, y que son utilizadas dentro del ESF para abordar distintas áreas son el APGAR Familiar, eventos críticos de Holmes, Círculo familiar entre otros. Pero ¿Cuál es la función de cada uno de ellos?, ¿Cuándo y dónde los podemos utilizar?:

APGAR Familiar

Nombre que proviene de las siglas de A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: resolución.

Es para conocer la funcionalidad de la familia, está formado por cinco reactivos los cuales responden los

Tabla 1. Ciclo vital según Huerta

Etapas	Fase	Duración
Constitutiva	Preliminar	Indefinida
	Recién Casados	Hasta el nacimiento 1er hijo
Procreativa	Expansión	Hijo mayor de 0 a 6 años
	Consolidación y apertura	Hijo mayor de 6 a 20 años
Dispersión	Desprendimiento	Inicio con la salida del hogar del primer hijo y termina con la salida del último
Final	Independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta la jubilación o retiro
	Disolución	Hasta la muerte del cónyuge

Fuente: Huerta J. Medicina familiar. 1era edición. México. Ed. Alfíl. 2005.

Tabla 2. Apgar

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Calificación: de 0 a 3 familia disfuncional; 4 a 6 moderada disfuncional familiar; 7 a 10 familia funcional. A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: resolución. Fuente: Huerta J. Medicina familiar. 1era edición. México. Ed. Alfíl. 2005.

miembros de una familia mayores de 15 años, y funciona percibiendo las variaciones de la funcionalidad familiar en los diferentes momentos de la vida (Tabla 2). Si la funcionalidad o la disfuncionalidad es encontrada en algún miembro de la familia, este calificativo se usa para todo el grupo familiar. Si en el cuestionario la calificación es de 0 a 3 se considera una familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional, y de 7 a 10 la familia es funcional.⁸

Genograma

Instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médico-pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia.⁹

Círculo Familiar

Este es un instrumento principalmente aplicable a adultos analfabetas o a niños aunque se puede aplicar a toda la familia, es desarrollado ya que refleja la relación que tienen los miembros de una familia, su estructura y la función de la familia, se observan en ese patrones de cercanía o distancia, poder y toma de decisiones, alianzas familiares, separación o fusión del espacio personal y las fronteras interpersonales. Valora las emociones de los integrantes de una familia (Figura 1).⁸

Evaluación del Subsistema Conyugal

Evalúa la funcionalidad de la pareja, en base a funciones que a cada función comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones, y a estas funciones, se le agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de indicadores se califica 00-40 pareja severamente disfuncional, 41-70 moderadamente disfuncional, 71-100 pareja funcional.^{8,9}

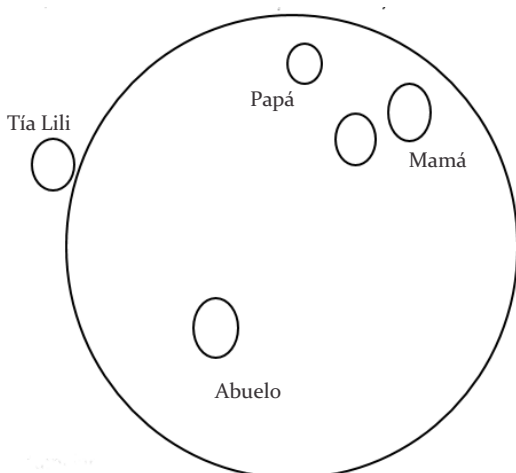


Figura 1. Círculo Familiar.

Fuente: Huerta J. Medicina familiar. 1era edición. México. Ed. Alfil. 2005

Escala de Graffar-Mendez Castellanos

Nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias en base a 5 variables, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia, y condiciones de alojamiento. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico, considerándose de estrato alto hasta marginal.^{8,9}

Apoyo Social – funcional de DUKE-UNC

El cuestionario con 11 preguntas mide dimensiones de apoyo funcional, sea confidencial o afectivo, el apoyo afectivo se mide con 5 a 25 puntos, la media de 15, si es menor a esto indica escasos recursos afectivos, el apoyo confidencial su máximo puntaje de 30 y mínimo de 6 media de 18, se considera escaso apoyo confidencial en caso de ser menor de la media, el apoyo global es de 55 a 11 y la media de 33, los valores menores a 33 reportan escaso apoyo social.^{8,9}

Autoestima de Coopersmith

Consta de 25 preguntas y la calificación máxima es de 25 el puntaje de autoestima a menor puntaje la autoestima es menor, a mayor puntaje la autoestima es mayor, a mayor de autoestima, incrementan los éxitos ya que potencia la capacidad de una persona para desarrollar sus habilidades.^{8,9}

Escala de Hamilton de depresión

Valora la severidad de la depresión en población adulta, la encuesta se divide en nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y 8 de 0 a 2 una persona sin depresión deberá puntuar 0, posible

depresión se puntúa en 6, los últimos cuatro síntomas definen el tipo clínico de depresión o corresponde a síntomas raros.^{8,9}

Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes

Esta escala se realiza según las situaciones ocurridas de seis a 8 meses antes, considerando los cambios de vida a medida que van produciéndose, cuando estos cambios sobrepasan cierto umbral pueden producirse el suficiente estrés como para perturbar la función. Cada evento posee un valor adjudicado aunque sea feliz la suma de los eventos se califica de 0-149 no hay problemas, 150-199 Crisis leve, 200 a 299 Crisis moderada y más de 300 Crisis severa. A mayor crisis mayor riesgo de enfermedad.¹⁰

La familia puede ser un factor que condiciona y favorece la aparición de una enfermedad o su complicación en el plano físico, mental o social.

La exposición de estilos de vida saludables y conductas que favorecen la prevención de enfermedades de toda índole requiere del apoyo de grupos familiares, sociales, y estatales entre otros. La participación social y el adiestramiento de los miembros de las familias es fundamental para que se transmitan y se difundan esos conocimientos.

Se deben planificar acciones de Mantenimiento de la Salud entre el equipo de salud y la población a cargo e igualmente desarrollar una relación de trabajo con el paciente, basada en la habilidad para comunicar, educar, y generar la motivación para los cambios de comportamiento y acrecentar el autocuidado y el autocontrol del individuo sobre su propia salud.^{11,12}

Conclusiones

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la Medicina Familiar en lengua castellana. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como en español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo.

La especialidad de medicina familiar ha tenido un éxito mundial desde que comenzó en la década de los sesenta y ha contribuido en el mantenimiento del equilibrio entre generalistas y especialistas, indispensable para lograr una buena, completa, ordenada y económica atención médica.

Referencias bibliográficas

1. Casas-Patiño D, Jarillo-Soto E, Rodríguez-Torres A, Galeana-Castillo C. La deconstrucción de la medicina familiar en México: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Medwave* 2013;13(10):e5856
2. Ian-McWhinney. Orígenes de la medicina familiar.
3. González-Blasco P. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Archivos en Medicina Familiar* 2004;6:31-33.
4. Suarez-Cuba M. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Papeña Med Fam* 2006;3(4): 95-100
5. Louro-Bernal I, Serrano-Patten A. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2010; 36(1):37-53
6. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, AC. Organización con reconocimiento de idoneidad por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. 2007-2012. Fundación en 1987.
7. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Organismo Internacional. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005;7(1):15-19
8. Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/taller_herramientas_utilizadas_en_un_estudio_de_salud_familiar1.pdf
9. Gutiérrez-Briseño R, Robles-Rodríguez M, SandovalYáñez A. Taller nuevas estrategias en un estudio de salud familiar. Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A. C.
10. J. Huerta Medicina familiar. La familia en el proceso salud –enfermedad Editorial Alfil Primera edición 2005.

11. Osorio-Rodríguez A. Álvarez-Mora A. Introducción a la salud familiar, Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Universidad de Costa Rica. 2004;1.
12. Briceño-Iragorry L. Atención primaria de salud. Medicina familiar. *Colección Razetti*. 2007;3:313-372.

Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Paulina Cervantes-Sánchez, Jessica Hernández-Calderón y Joana Kareli Ramírez-Ramos

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485.

Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: Criterios Roma III, síndrome de intestino irritable, trastorno funcional digestivo.

Keywords: Functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, Rome III criteria.



Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral

Delgado-Quiñones EG, Cervantes-Sánchez P, Hernández-Calderón J, Ramírez-Ramos JK

Resumen

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo, manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación. Su prevalencia en la población general oscila entre un 5 y un 20%, alcanzando hasta un 35% dependiendo de la población estudiada. El dolor o molestia abdominal es el síntoma fundamental. En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce, por ser éste un síndrome tan heterogéneo, se han propuesto varios factores responsables como alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral y factores psicológicos. El diagnóstico es eminentemente clínico, se basa en los criterios Roma III y en la exclusión metódica de desórdenes que tienen manifestaciones similares. Se reconocen cuatro subtipos según el comportamiento del hábito intestinal predominante de acuerdo a las características de las evacuaciones según su forma y consistencia. El tratamiento debe ser multidisciplinario y personalizado en cada paciente, incluyendo recomendaciones dietéticas para atenuar la intensidad de los síntomas en periodos de exacerbación.

Palabras clave: Criterios Roma III, síndrome de intestino irritable, trastorno funcional digestivo.

Irritable Bowel Syndrome, a condition with an integrated approach

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder (PDT), manifested by abdominal pain and bowel disturbances. Its prevalence in the general population ranges between 5 and 20%, reaching up to 35% depending on the population studied. The abdominal pain or discomfort is the primary symptom. At present it is not known precisely what the pathogenic mechanisms in which IBS occurs are because it is a heterogeneous syndrome. Various factors have been proposed as responsible such as motility disturbances, changes in visceral sensitivity and psychological factors. The diagnosis is prominently clinical, based on Rome III criteria and the careful exclusion of disorders that have similar manifestations. Four subtypes are recognized based on the predominant bowel habit behavior according to the characteristics of stools by shape and consistency. Treatment must be multidisciplinary and personalized for each patient, including dietary advice to reduce the intensity of symptoms in periods of exacerbation.

Key words: Functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, Rome III criteria.

Servicio de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Médico Familiar y Profesor Titular de la Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX. Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485. Contacto al correo electrónico: dra.ednagd@hotmail.com

Introducción

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes en la consulta de primer nivel y representa de 20 a 50% de las remisiones al gastroenterólogo. Aunque afecta de 10 a 20% de la población general, solamente 20% de ésta busca atención médica; predomina en las clases bajas y la relación mujer:hombre es de 2:1, con mayor incidencia en la raza blanca.¹

La prevalencia del SII oscila entre un 5 y un 20%, alcanzando hasta un 35% dependiendo de la población estudiada. La prevalencia del SII en nuestro país es similar a lo reportado en la bibliografía mundial, lo que tiene una gran repercusión sanitaria, social y económica.^{2,3,4}

El número de consultas médicas, de pruebas diagnósticas y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. Supone, además, una de las primeras causas de ausentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente, sí condiciona de forma considerable su calidad de vida.^{1,2,3,4,5} En Estados Unidos los costos directos e indirectos por tratamiento del síndrome de intestino irritable son cercanos a los 30 mil millones de dólares por año.⁶

En este trabajo se revisa la información más relevante acerca de los diferentes aspectos del SII. El objetivo de este trabajo es abordar el SII con un enfoque integral desde el punto de vista del médico familiar.

Definición

Basada en los criterios de Roma III el SII es un trastorno funcional intestinal en el que el dolor o malestar abdominal se asocia con cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación. La manifestación principal es dolor o malestar abdominal crónico, asociado con alteraciones en el hábito intestinal, como: estreñimiento o diarrea y a otros síntomas gastrointestinales como distensión abdominal y sensación de inflamación, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo.⁷

Etiología

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce el SII. Sería ingenuo pensar que una sola causa puede ser el motivo de todas las molestias en un síndrome tan heterogéneo. Se han propuesto varios factores patogénicos responsables del SII, como alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral y factores psicológicos. Recientemente se han añadido otros factores, como genéticos y post-infecciosos.^{5,8}

Desde hace pocos años se ha centrado la atención en la microbiota intestinal a partir del desarrollo de síntomas de SII en pacientes que sufrieron una infección del tubo digestivo, denominándose "SII post-infeccioso" (SII-PI). Este cuadro tiene una evolución más breve y de menor intensidad que el SII no infeccioso.³ En un metaanálisis realizado por *Thabane* y cols. se concluyó que el riesgo global de padecer síndrome de intestino irritable se incrementa seis veces más después de una gastroenteritis bacteriana en pacientes jóvenes.⁹ En una cohorte realizada en Canadá con 2,069 participantes con

gastroenteritis aguda por *E. coli* 0157:H7 y *Campylobacter jejuni* demostró que la prevalencia de síndrome de intestino irritable en sujetos con evidencia de gastroenteritis aguda fue de 36.2%, en sujetos con sospecha de gastroenteritis fue de 27.5% y en un grupo control sólo de 10.1% ($p=0.0001$). En este mismo estudio se identificaron en los individuos con SII-PI dos genes localizados en la región del TLR9 (que codifica proteínas que reconocen antígenos bacterianos), un gen en la región CDH1 (que codifica proteínas responsables de mantener las uniones estrechas intercelulares) y un gen más para IL-6.¹⁰

Se han identificado diversas anomalías mioeléctricas y motoras del colon e intestino delgado, que en algunos casos guardan una relación temporal con episodios de dolor abdominal o estrés emocional. Se discute si representan un trastorno primario de la motilidad o son secundarios a estrés psicosocial.^{1,8}

Estudios demuestran que los sujetos con SII tienen una percepción anormal de dolor ante un estímulo visceral que no es doloroso para un sujeto normal; este fenómeno se denomina hipersensibilidad visceral (HV). Esta percepción de las sensaciones viscerales la determinan fibras aferentes de pequeño diámetro que llevan la información a la médula espinal y el tallo cerebral, y de estos sitios de relevo se proyecta al hipotálamo y la amígdala, entre otros. A nivel central existe una compleja red de regulación influida por factores emocionales y cognitivos en el procesamiento de la información. En otras palabras, las sensaciones viscerales como dolor, náusea, saciedad y hambre son experiencias subjetivas y conscientes que resultan de sensaciones moduladas por diversos factores emocionales, cognitivos y motivacionales representadas a nivel de la corteza insular. Mediante estudios de resonancia magnética cerebral funcional (fMRI) se han determinado diversos patrones de actividad cerebral en pacientes con SII que difieren de los de sujetos normales y que involucran la corteza insular, la amígdala y el puente dorsal.^{11,12}

Más de la mitad de los pacientes con SII que buscan atención médica sufre depresión, ansiedad o somatización subyacentes. Las alteraciones psicológicas pueden influir en la forma en que los sujetos perciben o reaccionan a una enfermedad, y las sensaciones viscerales menores. Por otro lado el estrés crónico puede alterar la motilidad intestinal o modular aquellas vías que afectan el procesamiento central y medular de la sensación visceral aferente.^{8,13} Numerosos datos aportan evidencia adicional para la clara asociación entre el estrés psicológico y el SII en muestras comunitarias. Así la psicopatología que se observa en los trastornos gastrointestinales funcionales es de dos tipos: una es característica de la enfermedad en sí misma y la otra es la que lleva al paciente a consultar al médico.^{14,15}

En un estudio realizado en jóvenes universitarios, los cuales frecuentemente están sometidos a cargas excesivas de trabajo, la ansiedad, el estrés y la depresión, mostraron una asociación significativa con el SII. Los estudiantes con ansiedad presentaron 31 veces más posibilidades de tener sintomatología compatible con SII que aquellos sin ansiedad, mientras que la depresión y el estrés estuvieron asociados en 5 y 7 veces más, respectivamente, en comparación con quienes

no tuvieron depresión ni ansiedad. Otro estudio realizado en estudiantes universitarios que cumplen los criterios de Roma para SII muestra valores significativamente más elevados de tensión mental y estrés crónico, que los que no lo padecen.¹⁶

Cuadro clínico

En la mitad de los pacientes con SII, los síntomas inician entre los 30 y los 50 años de edad, aunque hay pacientes en quienes los síntomas comenzaron desde la infancia. Los registros en México señalan que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edad entre los pacientes afectados, ya que se presenta entre los 15 y los 40 años.^{2,7} Después que se diagnostica este problema, 75% de los sujetos permanece sintomático al menos por un promedio de cinco años.¹⁷

El síndrome de intestino irritable es un desorden funcional manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación como: urgencia, dificultad a la evacuación, sensación de evacuación incompleta, alteración en la consistencia o frecuencia de las evacuaciones y/o distensión abdominal.¹⁸

El dolor abdominal es un síntoma fundamental y referido de múltiples maneras, tales como "inflamación", calambre, quemadura, profundo, en punzadas, cortante y permanente; puede ser leve, moderado o severo y localizado o difuso. Predomina en los cuadrantes inferiores y especialmente en el izquierdo. Es precipitado por diferentes alimentos, mejora con la defecación y raramente les despierta por la noche. La distensión abdominal es tan frecuente como el dolor, sin que pueda demostrarse un mayor volumen de gas intestinal. Los estudios revelan que en la mayoría de ellos es normal y probablemente debida a disminución de la tolerancia a la distensión.^{1,18}

Se ha comprobado en investigaciones recientes que los pacientes con SII presentan un aumento de la sensibilidad visceral en la región intestinal. La distensión, tanto del recto como del colon o del intestino delgado, les produce más molestias que a los voluntarios sanos; además, las áreas de referencia del dolor son más extensas que en los controles.¹⁹ Una condición particular de este síndrome es la inestabilidad de los síntomas, heterogeneidad y superposición con otros trastornos funcionales gastrointestinales como dispepsia funcional que se presenta 28-57%, pirosis funcional en alrededor del 56%, dolor torácico funcional de probable origen esofágico 27% y trastornos anorrectales 8-10%.^{20,21} La presencia de numerosos trastornos extraintestinales como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor pélvico crónico, trastornos de la articulación temporomandibular y cistitis intersticial forma parte del cortejo de esta entidad que dificultan u opacan con frecuencia el diagnóstico.⁸

Diagnóstico

Se ha intentado establecer una serie de criterios para agrupar los diferentes síntomas y poder realizar un diagnóstico preciso del síndrome de intestino irritable. En 1992, se establecieron los criterios Roma I, sufriendo modificaciones en 1999 a Roma II y nuevamente en el 2006 con el fin de que fueran más precisos el Comité Internacional

Cuadro 1. Criterios diagnósticos ROMA III para el Síndrome de Intestino Irritable

- Instalación de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.
- Dolor o molestia abdominal recurrente durante >3 días por mes en los últimos 3 meses.
- Por lo menos dos de las siguientes características:
 - Mejora con la defecación
 - Se acompaña de alteraciones en la frecuencia de las deposiciones
 - Se acompaña de variaciones en la forma de las deposiciones

González-Gamarra RG, et al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4:381-386.

de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III creó los criterios de Roma III que tienen un valor predictivo positivo del 100% y una sensibilidad de 65-75% (Cuadro 1).^{22,15}

El diagnóstico del SII es eminentemente clínico, se basa en los criterios Roma y en la exclusión metódica de desórdenes que tienen manifestaciones similares.^{23,24}

Clasificación

Para clasificar el SII se recomienda el uso de la escala de Bristol donde toma en cuenta las evacuaciones según su forma y consistencia.^{7,25}

SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son duras y menos del 25% son sueltas o acuosas. SII con diarrea; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y menos del 25% son duras. SII mixta; si más del 25% de las evacuaciones son sueltas o acuosas, y más del 25% son duras. SII no tipificada; si un cuadro de SII diagnosticado no encaja en ninguno de los cuadros arriba descritos.^{7,25} En pacientes con SII-Roma III en México, el subtipo más frecuente es el SII-mixto y se asocia con síntomas dispépticos mientras que el SII-estreñimiento con síntomas del tracto de salida y el SII-Diarrea con síntomas de incontinencia.^{4,7,14}

Clínicamente, se pueden utilizar otras subclasificaciones: En base a los síntomas:

- SII en el que predomina la disfunción intestinal
- SII en el que predomina el dolor
- SII en el que predomina la hinchazón

En base a los factores precipitantes:

- Post-infeccioso SII-PI
- Inducido por alimentos
- Vinculado al estrés¹

Sin embargo, excepto por el SII-PI, que está bastante bien caracterizado, aún no se ha logrado definir la pertinencia de cualquiera de estas clasificaciones con respecto al pronóstico o la respuesta al tratamiento.¹

Tratamiento

Medidas generales

Algunos estudios han comprobado que establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente se asocia con una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción de este paciente e incluso una reducción de su sintomatología.²⁶ Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Explicar claramente y con un lenguaje inteligible la enfermedad.

- Escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas).
- Establecer unos límites realistas y consistentes del pronóstico.
- Implicar al paciente en el tratamiento.

En cuanto a los cambios de estilo de vida, la realización de ejercicio físico, llevar una dieta equilibrada y dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación, podrían mejorar la calidad de vida de determinados pacientes, aunque no se dispone de evidencia científica sólida sobre estas intervenciones. Además, algunos pacientes pueden atribuir sus síntomas a factores dietéticos, por lo que suelen pedir recomendaciones. No hay evidencias de que existan alergias o intolerancias alimentarias específicas en el SII, por lo que no deben recomendarse las dietas de exclusión.²⁷ Es cierto que el sorbitol (edulcorante), la caféina, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas. Aunque tradicionalmente se han recomendado los alimentos ricos en fibra para los pacientes con SII, su uso en los casos con diarrea es controvertido y no alivia el dolor abdominal, e incluso lo empeora.²⁸

Tratamiento farmacológico

Fibra. Diversos estudios han evaluado los efectos de los diferentes tipos de fibra (solubles e insolubles) en la mejoría global y sintomática de los pacientes con SII; en general, mejora la sintomatología, a excepción del dolor abdominal. El efecto beneficioso sólo es evidente con la fibra soluble (*Ispaghula*, *Psyllium*) y no con la insoluble (salvado de trigo y fibra de maíz).²⁹

Laxantes. A pesar de que los laxantes estimulantes han demostrado su eficacia en el tratamiento del estreñimiento, no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia en el SII (con estreñimiento). En un ensayo clínico realizado en adolescentes con SII, el polietilenglicol mejoró el estreñimiento pero no el dolor abdominal.^{28,29}

Antidiarreicos. Loperamida es un tratamiento efectivo para la diarrea, pero sin diferencias respecto a placebo en la sintomatología global del SII o en el dolor abdominal. No debe usarse en pacientes con SII y estreñimiento, y emplearse con precaución en pacientes con SII que tienen un hábito deposicional mixto o alternante.²⁹

En ocasiones se utilizan de manera empírica las resinas de intercambio aniónico (colestiramina, colestipol) o codeína para tratar la diarrea del SII, pero no existen evidencias científicas de su utilidad.

Espasmolíticos. Una revisión sistemática analizó la eficacia de 6 fármacos (bromuro de cimetropio, bromuro de butilescopolamina, mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina) y demostró una mejoría global del 38% en el grupo placebo y del 56% en el grupo tratado con espasmolíticos (OR: 2.13; IC 95%: 1.77-2.58).³⁰ El porcentaje de pacientes con mejoría del dolor fue del 41% en el grupo placebo y del 53% en el grupo de tratamiento y no hubo diferencias significativas en relación con los efectos

adversos. No obstante, a dosis altas, los espasmolíticos con más acción anticolinérgica pueden provocar alteraciones visuales, retención urinaria, estreñimiento y/o sequedad de boca.³¹

Fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina

Agonistas de los receptores 5-HT4. Los agonistas 5-HT4 estimulan el reflejo peristáltico, aumentan el tránsito intestinal y parecen reducir la sensibilidad visceral. Hace unos años se desarrolló y comercializó en diversos países tegaserod, un agonista parcial de los receptores 5-HT4.^{28,32} Diversos estudios confirmaron una mejoría de los síntomas globales gastrointestinales en mujeres con SII subtipo estreñimiento, pero la aparición de efectos adversos cardiovasculares (coronarios y cerebrales) motivó su retiro del mercado. Actualmente se están realizando estudios con otro agonista 5-HT4, prucaloprida, tanto en estreñimiento como en SII con estreñimiento.^{28,32}

Antagonistas de los receptores 5-HT3. Alosetrón es un fármaco antagonista 5-HT3 no comercializado en España que enlentece el tránsito cólico y aumenta el umbral de percepción durante la distensión del colon. Su eficacia fue demostrada, pero la aparición de efectos adversos graves, en especial de colitis isquémica, paralizó su comercialización en muchos países. Nunca estuvo disponible en España y lo está de forma restringida en EE.UU.³²

Antidepresivos

Antidepresivos tricíclicos. Se han utilizado por su efecto antinociceptivo más que por su acción antidepresiva. Se utilizan a dosis menores que para el tratamiento de la depresión, por lo que disminuyen sus efectos secundarios. Una revisión sistemática concluyó que los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, mianserina, trimipramina) son superiores al placebo en el tratamiento del SII (número de pacientes que es necesario tratar [NNT]: 4; IC 95%: 3-6). Están indicados especialmente en SII con diarrea.^{28,31,32}

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Fluoxetina no parece mejorar la hipersensibilidad visceral a la distensión rectal, ni el dolor abdominal en pacientes con SII. Con paroxetina el bienestar general mejoró en un 63% de los pacientes frente a un 26% en los tratados con placebo. Una revisión sistemática que incluía 5 ensayos clínicos concluyó que este tipo de fármacos son superiores al placebo (NNT: 3,5). Indicados especialmente en SII con estreñimiento.^{28,32}

Antibióticos. Basado en la existencia de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado en un cierto número de pacientes con SII, se ha ensayado su tratamiento con diversos antibióticos: neomicina, metronidazol, claritromicina, rifaximina. Los datos más concluyentes se han obtenido con rifaximina, un antibiótico con mínima absorción (inferior al 1%) y un buen perfil de eficacia/seguridad. Se ha comprobado que mejora los síntomas globales y la distensión abdominal, especialmente en pacientes con SII y diarrea. La dosis es de 1.200-1.600 mg/día durante 10-14 días, y el beneficio clínico parece persistir hasta 3 meses.^{19,28,32,33}

Probióticos. Los datos sobre la utilidad de los probióticos en el SII son controvertidos. Está claro que no todos los probióticos son eficaces ni en todos los casos. Parecen aliviar la hinchazón abdominal y mejorar la sintomatología global. Son necesarios más estudios, bien diseñados y con un número suficiente de pacientes, que confirmen su papel en el SII.^{19,32}

Tratamiento psicológico

Se han evaluado diversas intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII, tales como la terapia cognitivo-conductual, la conductual y la psicodinámica breve, demostrando una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad. No obstante, algunos de estos estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados concluyentes.²⁴ Por su parte, la hipnosis es capaz de modificar el umbral perceptivo visceral y conseguir una mejoría clínica a corto y largo plazo. Las evidencias disponibles sobre la utilidad de la hipnosis se apoyan en varias revisiones sistemáticas y metanálisis.^{24,27,28,29}

Fármacos en desarrollo

En la actualidad se están investigando diversos fármacos, unos de acción periférica y otros con acción tanto periférica como central. Entre los primeros se incluyen agentes que actúan sobre la secreción de cloro en el colon, bloqueadores de los canales del calcio, antagonistas opiáceos periféricos y moduladores de los receptores de motilina. Entre los segundos están nuevos agentes serotoninérgicos, antagonistas de la hormona de liberación de corticotropina y moduladores autonómicos.³³

Es probable que en un futuro no lejano se disponga en Europa de dos fármacos para el SII con estreñimiento: lubiprostona y linaclotida. El primero de ellos es un activador selectivo de los canales C-2 de cloro, mientras que el segundo actúa a través de los receptores de guanilato-ciclasa.³³

Otros tratamientos

Uno de los tratamientos más extendidos para el SII es el aceite de menta, fabricado a partir de extractos de esta planta medicinal (*Mentha x piperita L.*). Los estudios a este respecto son de baja calidad metodológica; no obstante, un estudio metaanalítico mostró una mejoría global al compararlo con

placebo. Entre los posibles efectos adversos (11-36% de los pacientes) se encuentran pirosis, quemazón perianal, visión borrosa, náuseas y vómitos.^{33,34}

Las hierbas medicinales chinas también se han utilizado en el tratamiento del SII. Hay algún ensayo clínico y un metaanálisis que sugieren su eficacia pero la multitud de componentes de las hierbas, la heterogeneidad de los estudios y su modesta calidad metodológica dificultan la interpretación de los resultados.³³

No se ha demostrado la utilidad de la acupuntura, mientras que el yoga parece mejorar la sintomatología autonómica, pero la respuesta sintomática en pacientes con SII y diarrea es semejante a la obtenida con loperamida.³⁴

Conclusiones

El SII representa el paradigma de los trastornos funcionales en el campo de la patología digestiva, los trastornos funcionales producen un deterioro de la calidad de vida, superior incluso, al observado en otras dolencias orgánicas, por consiguiente, se necesita transmitir una nueva filosofía al médico práctico y adecuar el nivel de nuestros conocimientos a las expectativas de nuestros pacientes. El SII es un trastorno tan frecuente que todos los médicos lo han enfrentado en alguna ocasión. El intestino irritable no puede conceptuarse como una enfermedad propiamente dicha, sino como un síndrome constituido por un conjunto de síntomas bien caracterizados. En las últimas décadas se han ido sumando evidencias a favor de una etiología multifactorial. El debate acerca de una estrategia diagnóstica basada en la presencia de síntomas (diagnóstico positivo) frente a la estrategia de un diagnóstico por exclusión, volverá a ser motivo de controversia en la próxima reunión del Comité de Expertos de la Fundación Roma. Una buena relación médico-paciente es fundamental para lograr éxito en la curación, con un enfoque holístico que trate tanto el cuerpo como la mente del individuo. El tratamiento es multidisciplinario e incluye una buena relación médico-paciente, dieta, fármacos para controlar los síntomas y terapias asociadas, como psicoterapia, hipnoterapia, psicofármacos y, en fechas más recientes, probióticos y antibióticos. En este sentido estaría justificado iniciar un tratamiento médico donde la relación médico-paciente habrá de prevalecer sobre cualquier otra consideración.

Referencias bibliográficas

1. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. 20 abril de 2009.
2. Córdova-Pluma VH, et al. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. *Med Int Mex* 2008; 24(2):120-4.
3. Remes-Troche JM. Actualidades en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable: el papel de las infecciones. *Med Int Mex* 2012; 28(5):461-472.
4. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, metacéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gastroenterología de México* 2010; 4(75):427-438.
5. González-Gamarra RG, et al, Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2012; 32-4: 381-386.
6. American Gastroenterological Association. The burden of gastrointestinal diseases. Bethesda, MD: American Gastroenterological Association, 2001.
7. Mearin F, Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(9):335-43.
8. Castañeda-Sepúlveda R, Síndrome de intestino irritable. *Medicina Universitaria* 2010; 12(46):39-46.
9. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK. Systematic review and meta-analysis: the incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Therp* 2007; 26:535-544.
10. Marshall JK, Thabane M, Garg AX, Clark WF, Salvadori M, Collins SM; Walkerton Health Study Investigators. Incidence and epidemiology of irritable bowel syndrome after a large waterborne outbreak of bacterial dysentery. *Gastroenterology* 2006; 131(2):445-450.
11. Mayer EA, Naliboff BD, Craig ADB. Neuroimaging of the brain-gut axis: From basic understanding to treatment of functional GI disorders. *Gastroenterology* 2006; 131:1925-1942.
12. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the Irritable Bowel Syndrome. *Gut* 1973; 14:125-132.
13. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005.

14. Vargas-Mendoza, J.E., Manuel-Martínez, A. E. y Elizarraras-Rivas, J. Síndrome del intestino irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2012; 6(1): 57-64.
15. Bautista-Cerecedo R, Ortiz-Espinosa RM, Muñoz-Juárez S. Síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2011; 54(3):4-11
16. Gulewitsch MD. Mental Strain and Chronic Stress among University Students with Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Res Pract*. 2013;20:64.
17. Harvey RF, Mauad EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a five-year prospective study. *Lancet* 1987; 1:963-965.
18. Pozos ME, González FA, Lara D MY, García E S, Cabrales T C, Sánchez R. Aptitud clínica sobre síndrome de intestino irritable en médicos de primer nivel de atención. *Revista Medicina, Salud y Sociedad*. 2011;1(2):1-10.
19. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art.
20. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications. *Gastroenterology* 2002; 122:1140-56.
21. Mudipalli RS, Remes-Troche JM, Andersen L, Rao SC. Functional chest pain, esophageal or overlapping functional disorder. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:264.
22. J Schmulson M, El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 1398-1405
23. Guía de Práctica clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable. México: Secretaría de Salud; 2008.
24. Zijdenbos IL, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.
25. Zolezzi-Francis A, Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol Perú* 2007; 27: 177-184.
26. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipram versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2003;125:19-31.
27. Ford A, Talley N, Schoenfeld P, et al. Efficacy of psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(suppl 1):S477 (1219).
28. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EA, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2009;58:367-78.
29. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005.
30. Lesbros-Pantoflickova D, Michetti P, Fried M, et al. Meta-analysis: The treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1253-69.
31. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
32. Pimentel M, Park S, Mirocha J. Effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:557-63.
33. Tack J, Fried M, Houghton LA, et al. Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome: a European perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24:183-205.
34. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, et al. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4) CD005110.

Enfermedad de Ritter en un recién nacido Reporte de un caso

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Carlina Pulido-Guerrero, Cristina Navarro-Sandoval y
Wendy Guadalupe Rivera-Valdivia

Autor para correspondencia

Minerva Natalia Sahagún Cuevas. Especialización en Medicina Familiar. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485

Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com

Palabras clave: Enfermedad de Ritter, signo de Nikolsky, Staphylococcus aureus, toxina exfoliativa.

Keywords: Exfoliative toxin, Nikolsky's sign, Ritter's Disease, Staphylococcus aureus.



Enfermedad de Ritter en un recién nacido Reporte de un caso

Sahagún-Cuevas MN, Navarro-Sandoval C, Pulido-Guerrero C, Rivera-Valdivia WG

Resumen

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica o Enfermedad de Ritter es una grave afección cutánea de repercusión sistémica producida por la toxina exfoliativa tipo A y B del *Staphylococcus aureus* grupo phago II. Afecta a neonatos y niños menores de 5 años de ambos sexos. Se presenta el caso de una recién nacida de 22 días, que inició a los 19 días de vida de manera súbita con descamación de la piel en colgajo en área peribucal y abdomen, con presencia de placas descamativas en genitales y con eritema, descamación en guante, ampollas decapitadas y Nikolsky positivo en extremidades.

Palabras clave: *Enfermedad de Ritter, signo de Nikolsky, Staphylococcus aureus, toxina exfoliativa.*

Ritter's disease in a newborn Abstract

Staphylococcal scalded skin syndrome or Ritter's Disease is a severe systemic repercussion skin condition produced by the exfoliative toxin type A and B from Staphylococcus aureus Phago II. It affects newborns and babies under 5 in both genders. We present the case of a 22 days old newborn that flares at day 19 of age suddenly with flaking in skin in flaps, peribuccal area and abdomen. Also, presence of plaques in genital zone and erythema, scaling, broken blisters and positive nikolsky in her limbs.

Key words: *Exfoliative toxin, Nikolsky's sign, Ritter's Disease, Staphylococcus aureus.*

Servicio de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Minerva Natalia Sahagún Cuevas.
Especialización en Medicina Familiar.
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com

Introducción

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica o Enfermedad de Ritter es una grave afección cutánea de repercusión sistémica producida por la toxina exfoliativa tipo A y B del *Staphylococcus aureus* grupo phago II, provocando una separación intraepidérmica dentro del estrato granuloso de la piel.¹ Afecta a neonatos y niños menores de 5 años de ambos sexos, teniendo mayor incidencia en meses calurosos. La morbilidad es alta y la mortalidad es de 4%. En pacientes adultos, los factores de riesgo encontrados para presentarla son la inmunosupresión y la insuficiencia renal, aumentando hasta un 50% la mortalidad en este grupo de edad.²

La enfermedad inicia como una infección localizada en el ombligo, periorificial (boca, ojos o ano); en neonatos puede iniciar con una conjuntivitis purulenta, infección nasofaríngea u onfalitis. La piel presentará una descamación intraepidérmica por la diseminación hematógena de la toxina.³

Los signos y síntomas que se encuentran principalmente son: eritrodermia con aparición de ampollas, descamación posterior y áreas desnudas de la piel de tipo quemaduras o escaldaduras, la presencia del signo de Nikolsky, fisuras y costras periorales, anales o periorbitarios, fiebre y malestar general, conjuntivitis y edema palpebral, afectando con mayor frecuencia la cara, axilas y las ingles, aunque puede extenderse a toda la superficie corporal.³

Se reconocen tres etapas de la enfermedad:

1. Fase de eritema: se caracteriza por fiebre, irritabilidad, eritema escarlatiniforme doloroso al tacto que se localiza predominantemente en áreas periorificiales y flexibles.
2. Fase de ampollas: aparece entre las 24 a 48 horas; en las zonas previamente eritematosas, se forman ampollas flácidas, con signo de Nikolsky positivo, que erosionan y rápidamente se secan.
3. Fase exfoliativa: las lesiones al secarse dan un aspecto de piel arrugada con fácil desprendimiento; las mucosas no suelen estar afectadas y el paciente tiene una facies característica en las áreas periorificiales que se denomina "aspecto radiado".⁴

El diagnóstico es fundamental y habitualmente clínico, no suelen existir alteraciones analíticas específicas. Pueden identificarse las cepas específicas de estafilococos que producen exotoxinas exfoliativas a través de ELISA o PCR;

sin embargo no deben realizarse frotis o cultivos de las lesiones cutáneas ya que estas son ocasionadas por la acción de las toxinas y no por la acción directa del estafilococo.

La biopsia cutánea con una sensibilidad y especificidad del 75 y 87%, permite aclarar el diagnóstico en los casos dudosos, no demostrando necrosis, ni signos inflamatorios.^{1,4-6}

Presentación del caso

Se trata de recién nacido femenino de 22 días, que inicia a los 19 días de vida de manera súbita con descamación de la piel en colgajo, en área peribucal, extremidades y abdomen, además de llanto e irritabilidad, es revisada en su unidad de medicina familiar de donde es derivada a segundo nivel sin tratamiento y con diagnóstico de probable pénfigo. Hija de madre de 28 años. Producto de la tercera gesta, sana, toxicomanías negadas, cursa con amenaza de parto pretérmino es obtenida vía abdominal por posición pélvica a las 35.5 semanas de gestación pesando 2,400 g y 48 cm, desarrollando membrana hialina y requiriendo hospitalización por 2 días.

A su ingreso fue valorada por el servicio de Urgencias Pediatría en el Hospital General de Zona 89 encontrándose recién nacido femenino con peso de 2,750 g, frecuencia cardíaca 168 por minuto, frecuencia respiratoria 27 por minuto, temperatura 39°C, activa, reactiva a estímulos táctiles y visuales, irritable a la movilización, con adecuado estado de hidratación, buena coloración muco-tegumentaria, normocéfalo, fontanela anterior normotensa, implantación auricular normal, ojos simétricos, conjuntivas oculares eritematosas, con leve secreción blanca amarilenta, labio y paladar íntegros, cara con eritema, costras melicéricas (Figura 1), fisuras, con placas descamativas en área peribucal, tórax anterior simétrico con descamación, sin datos de dificultad respiratoria, presentado periodos de apnea, área cardíaca rítmica y sin soplos, abdomen blando, depresible, con presencia de descamaciones en zona circundante a la cicatriz umbilical, ano permeable, genitales con placas descamativas, extremidades íntegras con eritema, descamación en guante, ampollas decapitadas, Nikolsky positivo (Figura 1).

Estudios de laboratorio: PCR 63.78 mg/L, hemoglobina 12.6 g/dL, hematocrito 36.8%, plaquetas 532/mm³, leucocitos 4.9/mm³, linfocitos 43.9%, monocitos 6.9%,



Figura 1. Costras melicéricas, fisuración, con placas descamativas en área peribucal. Descamación en guante y Nikolsky positivo.

neutrófilos 40.5%, glucosa 114 mg/dL, urea 5.8 mg/dL, BUN 2.80 mg/dL, creatinina 0.47 mg/dL.

A su ingreso se instaló vía venosa central con solución fisiológica isotónica al 0.9% más dicloxacilina 28 mg IV cada 8 horas, 2 días después realizan cambio de antibiótico por resultado elevado de PCR a vancomicina 41 mg IV cada 8 horas, además de polimixina/neomicina solución oftálmica 1 gota en cada ojo cada 4 horas, ya que evoluciona con una conjuntivitis purulenta. Por indicación del Servicio de Dermatología se inicia con la administración de clioquinol en zonas afectadas y aplicación de aceite de almendras dulces 2 veces al día para hidratación dérmica. La paciente evolucionó favorablemente dándose de alta posterior a su cicatrización cutánea a las 2 semanas, con indicación de emolientes cutáneos y orientación nutricional.

Discusión

El síndrome de escaldadura estafilocócica o síndrome de Ritter, es una enfermedad poco frecuente y predomina en la edad pediátrica. Nuestro caso se presentó a los 19 días de vida extrauterina, la edad de presentación fue congruente con lo reportado en la literatura, la cual menciona que se presenta comúnmente en niños menores de 5 años pero principalmente en los recién nacidos entre los primeros 3 a 16 días de vida.

El diagnóstico de nuestro paciente se realiza inicialmente en forma clínica ya que presentó el cuadro característico manifestado con eritrodermia, evolucionando a lesiones ampollosas (signo de Nikolsky positivo), dejando una base eritematosa que le da el aspecto de escaldadura. Este cuadro suele tener un pródromo de conjuntivitis y edema facial, con

descamación periorificial, pudiendo acompañarse de fiebre, irritabilidad secundaria al dolor, como sucedió en nuestro caso.⁵

El principal diagnóstico diferencial es la necrólisis epidérmica tóxica o enfermedad de Lyell, que es 10 veces más frecuente y afecta mucosas, estando relacionada con la exposición a fármacos y tiene un patrón histológico distinto.⁷

Los elementos fundamentales del tratamiento son la administración de antibioticoterapia y las medidas de soporte. La guía más actual de nuestra institución apoya el uso de Dicloxacilina a dosis estándares por kilogramo de peso; la administración intravenosa de penicilina penicilinasa-resistentes, o vancomicina se recomienda en áreas con una alta prevalencia de *S. aureus* meticilino resistentes o en pacientes con una mala evolución; en nuestro caso se manejó inicialmente con dicloxacilina, sin embargo la decisión del cambio a vancomicina por un PCR elevado, habiendo sido muy cuestionada esta decisión. Es necesario también el aporte adecuado de líquidos para evitar la deshidratación y el uso de analgesia pauta ya que las lesiones suelen ser dolorosas.⁸

La antibioterapia tópica no se recomienda en las lesiones cutáneas, aunque debe utilizarse si existe conjuntivitis asociada, rinitis purulenta o costras melicéricas.⁹

La enfermedad tiene buen pronóstico y las lesiones evolucionan a descamación en grandes láminas sin dejar cicatriz. No se han descrito secuelas debidas a la propia infección y las principales complicaciones son secundarias a deshidratación o sobreinfección.⁹ En estos casos, la mortalidad puede alcanzar el 1-4%, y es mucho menor que en los adultos, en quienes la infección suele ser secundaria a una enfermedad subyacente.^{4,10}

Referencias bibliográficas

1. Dietz-Sánchez E, Cabrera-de Fianidro G. Staphylococcus Scalded Skin Syndrome. *Pediatr Asunc* 2011;38(1):53-56
2. Arenas R. Enfermedad de Ritter von Rittershain. Atlas de Dermatología. Diagnóstico y tratamiento. 3ra. ed. McGraw-Hill; 2009:313-4
3. Losada SK, Díaz MA, Sole J, Lorca V, Santos MA, Luna P, et al. Síndrome estafilocócico de la piel escaldada. Nuestra experiencia en 10 años. *Dermatol Argent* 2011;17(3):193-7
4. Nso Roca AP et al. Síndrome de escaldadura estafilocócica. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(2):124-7
5. López L, Rodas A. Eritema y descamación en guante, *Rev cent dermatol Pascua* 2013;22(2):83-4
6. Sánchez-Saldaña L, Sáenz-Anduaga E. Bacterial cutaneous infections, *Dermatología Peruana* 2006;16(1):14-5
7. Baquero F et al. Síndrome de escaldadura estafilocócica de presentación neonatal, *Acta*
8. Resnick D, Elias M. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, Fitzpatrick Dermatology in general Medicine 2009;2:1878-88
9. Sotelo N. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en los niños, *Gaceta Médica de México* 2012;148:265-75
10. Girish K, Patel Y. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome Diagnosis and Management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4(3):165-75

Esporotricosis en un anciano: Reporte de caso

Lizbeth Carlota Uriostegui-Espíritu, Rosalba Orozco-Sandoval, María Magdalena Sánchez-Ulloa y Libia Elba de Dios-Sánchez

Autor para correspondencia

Lizbeth Carlota Uriostegui Espíritu. Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.

Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485

Contacto al correo electrónico: lizzuriostegui@gmail.com

Palabras clave: Esporotricosis, micosis, *S. schenkkii*.

Keywords: Mycosis, sporotrichosis, *S. schenkkii*.



Esporotricosis en un anciano: Reporte de caso

Uriostegui-Espíritu LC^a, Orozco-Sandoval R^o, Sánchez-Ulloa MM^o, De Dios-Sánchez LE^c

Resumen

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa de evolución subaguda o crónica, que afecta preferentemente cara y extremidades, causada por especies del grupo *Sporothrix*. Se clasifica como cutánea, diseminada y extracutánea. La lesión que ocasiona dependerá de la forma de presentación. El tratamiento es a base de yoduro de potasio o azoles. Se presenta el caso de una paciente femenina de 80 años que inicia con una lesión en tercio inferior de pierna izquierda queratósica, eritematosa de aproximadamente 4x5 cm, no pruriginosa, indolora, sin síntomas sistémicos. Fue multitratada en medio particular con quinolonas y penicilinas, sin mostrar mejoría. Se solicita cultivo que reporta crecimiento de *S. schenckii*.

Palabras clave: *Esporotricosis, micosis, S. schenckii*.

Sporotrichosis in a senior citizen

Abstract

The Sporotrichosis is subcutaneous granulomatous mycosis of sub-acute or chronic evolution that affects mainly face and limbs and is caused by the group species Sporothrix. It is classified as cutaneous, disseminated, and extracutaneous. The lesion it causes would depend on the form of presentation. The treatment is based on potassium iodide or azoles. The case presents a 80-years-old female patient who initiates with a keratic erythematous lesion in the lower third of the left leg roughly 4x5 cm, non-itchy, painless, with no systemic symptoms. She was treated multiple times with quinolones and penicillins, showing no improvement. A culture was requested reporting S. schenckii growth.

Key words: *Mycosis, sporotrichosis, S. schenckii*.

- a. Departamento de educación e investigación en salud, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.
- b. Servicio de Dermatología, Hospital General de Zona 89. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, MX.

Autor para correspondencia

Lizbeth Carlota Uriostegui Espiritu.
Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.
Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, C.P. 45060, Zapopan, Jalisco, MX.
Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485
Contacto al correo electrónico: lizzuriostegui@gmail.com

Introducción

La esporotricosis es una micosis subcutánea granulomatosa de evolución subaguda o crónica, que afecta preferentemente cara y extremidades, causada por especies del grupo *Sporothrix*.¹ Se clasifica como cutánea, diseminada y extracutánea. La lesión que ocasiona dependerá de la forma de presentación.² Afecta tanto a hombres como a mujeres entre los 20-40 años, predominando entre los 16 y 30 años.³

La infección se adquiere generalmente por inoculación directa afectando a jardineros, floristas, carpinteros, campesinos, mineros, agricultores, veterinarios y personal de laboratorio, siendo considerada una enfermedad ocupacional.⁴ También se han reportado casos por inhalación que se han vinculado a pacientes inmunosuprimidos y transmisión zoonótica.

El tratamiento es a base de yoduro de potasio o azoles.¹ Se presenta el caso de una anciana en la que se diagnostica esporotricosis cutánea, misma que remitió con itraconazol.

Presentación de caso

Se recibe paciente en el servicio de la consulta externa de dermatología, femenino de 80 años de edad, casada, dedicada al hogar con gusto especial por labores de jardinería. Dentro de sus antecedentes, hipertensión arterial de aproximadamente 10 años de evolución, controlada con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y enfermedad ácido-péptica que se maneja con inhibidores de bomba de protones.

Inicia su padecimiento hace un año con una dermatosis en tercio medio inferior de pierna izquierda queratósica, de aproximadamente 4x5 cm, no pruriginosa, sin secreción, indolora, sin síntomas sistémicos (Figura 1). Multitratada en medio particular con antibióticos en diferentes esquemas: quinolonas y penicilinas sospechando de infección de tejidos blandos, sin mostrar mejoría, por lo que se realiza una biopsia por medio particular que informa lesión compatible con quiste triquilemal pero sin correlación clínica.

En la primer consulta se le practica una nueva biopsia punch y se solicita un cultivo de la lesión. Se sospecha en primera instancia de carcinoma basocelular vs tuberculosis vs esporotricosis, por lo que no se da tratamiento esperando el resultado de la biopsia.

En la segunda consulta, presenta reporte de biopsia que concluye quiste de inclusión. La paciente continuaba con las mismas características de su lesión: queratósica, no



Figura 1. Lesión inicial de la paciente.

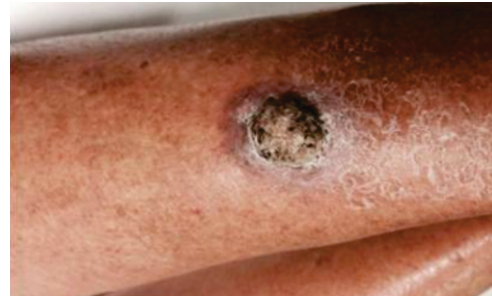


Figura 2. Lesión de la paciente posterior a realización de las primeras 2 biopsias.

pruriginosa, no secreción, no crecimiento, indolora y sin síntomas sistémicos (Figura 2). Se solicita nueva biopsia al no existir correlación con la dermatosis observada. Mientras se esperaba resultado del estudio histopatológico, no recibió tratamiento alguno. Una tercera biopsia reporta coccidioidomicosis.

En la tercera visita, se presenta con resultado de cultivo expresando crecimiento de *S. schenckii*.

Se inicia tratamiento a base de itraconazol tras comprobar función hepática normal a dosis de 100 mg cada 12 horas con lo que presenta mejoría.

Discusión

A pesar de ser una infección considera como endémica, pueden existir complicaciones para llegar al diagnóstico certero. La histopatología no es diagnóstica, sólo sugestiva. El estándar de oro es el crecimiento del hongo en el cultivo.²

Se realizaron en tres diferentes ocasiones biopsias tanto en medio extrahospitalario como institucional con diferentes técnicas: punch e incisional que no aportaron el diagnóstico definitivo. Uno de los reportes descartó patología maligna, sin embargo no sugería tampoco tuberculosis. La esporotricosis subcutánea sin tratamiento se extiende muy lentamente, pero llega a una recuperación total con la administración del medicamento adecuado.⁴

El tratamiento se decidió con itraconazol y no a base de yoduro de potasio por el antecedente de enfermedad ácido-péptica ya que el yoduro es muy irritante a la mucosa gástrica. Se observó una buena tolerancia a azoles y respuesta clínica.⁵

Conclusión

El diagnóstico definitivo de la esporotricosis puede ser difícil y enmascararse en diversas patologías, sin embargo siempre debe buscarse la correlación entre la lesión clínica con los medios de crecimiento. El itraconazol puede ser una buena opción de tratamiento para esporotricosis aún en pacientes ancianos con función hepática preservada.

Referencias bibliográficas

1. Kauffman C, Bustamante B, Stanley Ch, Pappas P. Clinical Practice Guidelines for the Management of Sporotrichosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America. 2007, 45; 151255-1266.
2. Carrada T. Esporotricosis: Avances recientes en el diagnóstico de laboratorio, histopatología y la epidemiología en México. 2012. *Rev Latinoam Patol Clin*. 59(3): 147-171.
3. Munguía R, Romo Y, Castañeda E, Velázquez M, Espinosa A. Sporotrichosis epidemiology in Huachinango, Puebla. *Enf Inf Microbiol*. 2007, 27(2): 38-43.
4. Camargo L, Jaramillo V, Morantes L, Serna P, Vásquez E. Sporotrichosis: A little known disease occupational. 2012, 3(2): 273-279.
5. Arenas Roberto. Atlas de Dermatología: Diagnóstico y tratamiento. Tercera edición. Mc Graw Hill, 2005.

Calcifilaxis: Reporte de caso y revisión en la literatura

Edna Gabriela Delgado-Quiñones, Tania Friné Jiménez-Mayagoitia y Laura Noemí Hernández-Rivera

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones. Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Av. López Mateos Sur # 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060 Tel: 36328311 Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Palabras clave: arteriopatía urémica calcificante, calcifilaxis, enfermedad renal crónica.

Keywords: calcific uremic arteriopathy, calciphylaxis, chronic kidney disease.



Calcifilaxis: Reporte de caso y revisión de la literatura

Delgado-Quiñones EG, Jiménez- Mayagoitia TF, Hernández- Rivera LN

Resumen

La arteriopatía urémica calcificante, o también llamada calcifilaxis, es una entidad caracterizada por la presencia de áreas de necrosis isquémica junto con extensas calcificaciones de la capa media de las arteriolas dermoepidérmicas. Se presenta en pacientes con enfermedad renal en diálisis o trasplantados con disfunción del injerto principalmente. Los mecanismos desencadenantes son poco conocidos, sin embargo se sabe que las alteraciones propias del estado urémico y del metabolismo calcio-fósforo son importantes. Se presenta el caso de una paciente que inicia su padecimiento desde hace un año, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica secundaria a preeclampsia de 4 años de evolución en tratamiento con diálisis peritoneal. Inicialmente presentó una lesión indurada muy dolorosa en la cara interna del muslo derecho posteriormente apareciendo necrosis dérmica central. Se realizó punch cutáneo que confirmó el diagnóstico y estudios complementarios.

Palabras clave: : arteriopatía urémica calcificante, calcifilaxis, enfermedad renal crónica.

Calciphylaxis: Case report and literature review

Abstract

Calcific uremic arteriopathy, previously called calciphylaxis, is an entity characterized by the presence of ischemic necrosis areas with extensive calcifying in the dermoepidermal cystic medial arterioles. It has a presentation related to patients with kidney disease on dialysis or transplant patients with dysfunctional grafts. The unchaining mechanisms are little known. However, it is known that alterations proper of the uremic state and calcium-phosphor metabolism are important. We present a case of a patient who began with the condition a year before, with Systemic Arterial Alteration (SAA) background and chronic kidney disease (CKD) secondary to a 4-years evolution pre-eclampsia under treatment with peritoneal dialysis. It initially showed painful indurated lesion in the inner part of the right thigh, subsequently, presenting central dermal necrosis. It was performed a dermal punch confirming the diagnosis and complementary studies.

Key words: calcific uremic arteriopathy, calciphylaxis, chronic kidney disease.

Especialidad en Medicina Familiar.
Adscrito a la Unidad de Medicina
Familiar 171. Instituto Mexicano del
Seguro Social, Delegación Jalisco. MX.

Autor para correspondencia

Edna Gabriela Delgado Quiñones.
Especialidad en Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar 171.
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Delegación Jalisco. Av. López Mateos Sur
3496, Fraccionamiento Arboledas,
Zapopan, Jalisco, C.P. 45060 Tel: 3632831
Ext. 31485.
Contacto al correo electrónico:
dra.ednagdq@hotmail.com

Introducción

La calcifilaxis es una entidad reportada por primera vez por Brian y Whites en 1898, y posteriormente descrita por Selye a través de su modelo experimental con ratas nefrectomizadas. Desde entonces es conocida como arteriopatía calcificante urémica o calcifilaxis (inflamación “anafiláctica” de los vasos seguida de calcificación de los mismos).¹

Está caracterizada por la presencia de áreas de necrosis isquémicas junto con extensas calcificaciones de la capa media de las arteriolas dermoepidérmicas. Fundamentalmente se desarrolla en pacientes con enfermedad renal en diálisis o trasplantados con disfunción del injerto.^{2,3}

La fisiopatología de la calcifilaxis está relacionada con múltiples factores, siendo una condición que lleva a la calcificación vascular acelerada y que se ha asociado a una serie de factores de riesgo como la enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo y en trasplante renal.⁴ Es una entidad con mal pronóstico por la elevada tasa de mortalidad.⁵ A continuación se reporta el caso de una paciente en quien se diagnosticó cuadro clínico de calcifilaxis, describiendo la presentación clínica de esta patología, los factores de riesgo identificados y las complicaciones presentadas durante su atención.

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 35 años de edad, casada, ama de casa con antecedentes de HAS y ERC de 4 años de evolución en control por la especialidad de Nefrología. Actualmente en tratamiento con terapia de sustitución con diálisis peritoneal 4 recambios al día. Su tratamiento habitual consiste en Metoprolol 100 mg cada 12 hrs, Nifedipino 30 mg una tableta cada 24 hrs, Enalapril 10 mg una tableta cada 12 hrs, y carbonato de calcio 1 gr cada 24 hrs.

La paciente inició en el 2014 con intenso dolor y la aparición de una lesión indurada en cara interna de muslo derecho la cual progresó a necrosis dérmica central (**Figura 1**). Los estudios complementarios reportaron Hb de 6.3 mg/dl, Hto de 27%, Glucosa de 91mg/dl, Creatinina de 13 mg/dl, Colesterol de 146 mg/dl, Triglicéridos de 130 mg/dl, Fosfatasa alcalina de 741 U/L, Fosforo de 7.4 mg/dl y Calcio de 9.7 mg/dl.

Fue valorada por el servicio de Dermatología quien sospechó del diagnóstico de calcifilaxis por lo que se realizó punch cutáneo del que se reportó calcificación en las paredes de los vasos hipodérmicos acompañada de depósitos de calcio extravasculares.

Sin embargo no se le pudo brindar tratamiento quirúrgico o médico por pérdida de su seguridad social, además de que consecuentemente disminuyó el número de sesiones de diálisis falleciendo 6 meses posteriores secundario a falla multiorgánica secundaria a sepsis severa.

Discusión

La calcifilaxis es un estado de hipersensibilidad sistémica en la que los tejidos responden frente a agentes desencadenantes concretos con un rápido depósito de calcio.⁶

Etiología

Se desconoce la etiopatogenia de la calcifilaxis. En la enfermedad renal crónica, la alteración en la producción de la vitamina D provoca una menor absorción de calcio en el intestino y, en consecuencia hipocalcemia que estimula la producción de PTH conduciendo a un hiperparatiroidismo secundario, que acentúa la resorción ósea para compensar los valores bajos de calcemia. Todas estas alteraciones del metabolismo fosfocálcico (Ca-P) pueden promover calcificaciones metastásicas, las cuales son más frecuentes si se encuentra elevado el producto Ca-P. No obstante, no en todos los casos de calcifilaxis ha podido demostrarse una alteración del producto Ca-P.⁷

La calcifilaxis es una complicación rara y potencialmente mortal, se estima que ocurre en 1% de los pacientes con enfermedad renal terminal cada año. Típicamente la calcificación extensa microvascular y la oclusión/ trombosis conduce a lesiones cutáneas violáceas que progresan a úlceras que no sanan y finalmente a sepsis.⁶ La calcificación vascular provoca isquemia y necrosis a nivel de la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos. A veces produce miopatía inflamatoria dolorosa con rabdomiólisis, en ocasiones no acompañado de lesión cutánea. Además, puede haber afectación ocular, cardíaca, pulmonar, pancreática o intestinal.^{7,8}

Los factores que favorecen el depósito vascular de calcio (Ca) son alteraciones del metabolismo fosfocálcico: enfermedad de alto remodelado, producto Ca - P elevado, vitamina D, captores de fosforo (P) que contienen Ca y/o las alteraciones de la pared vascular por factores locales: traumas, administración de insulina o de heparina.

Presentación clínica

Hay dos formas diferentes de presentación clínica: la calcifilaxis acra y la proximal. Los diferentes estudios relacionan la calcifilaxis proximal con los pacientes diabéticos, siendo las alteraciones del metabolismo del



Figura 1. Imagen que muestra un halo violáceo afectando cara interna de muslo derecho, cambios necróticos sobre dermis y epidermis con afectación profunda de la misma extendiéndose y afectando gran parte del tejido.

fosforo y calcio más severas en estos pacientes que en los pacientes con calcifilaxis acra y suelen tener un pronóstico peor.⁹

Factores que favorecen las manifestaciones clínicas de la calcifilaxis:

Perfusión vascular periférica comprometida: obesidad (las lesiones cutáneas aparecen en las áreas de mayor tejido adiposo, pues este tejido tiene menor flujo sanguíneo por oclusión parcial de los vasos), ateromatosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, malnutrición/pérdida de peso/hipoalbuminemia, insuficiencia cardíaca congestiva, fistula arteriovenosa, vasoconstricción periférica, angiotensina II o disfunción endotelial (homocisteína, stress oxidativo, tratamiento con corticoides, ciclosporina A, Tacrolimus, etc.).

Estados de hipercoagulabilidad: tratamiento dicumarínico, déficit de proteína C y S, sepsis. Siempre debemos hacer el diagnóstico diferencial con vasculitis sistémicas (crioglobulinemia y otras), enfermedad ateroembólica/arterioesclerosis periférica, síndrome anti fosfolípido, necrosis cumarinica y endocarditis infecciosa.¹¹

Complicaciones

La infección secundaria de las lesiones de la piel es común, a menudo conduce a sepsis y muerte. En las extremidades inferiores como en este caso, son las lesiones más predominantes cerca del 90% de los pacientes, los pacientes con afectación de la piel en tronco o extremidades proximales tienen un pronóstico más precario.¹²

Tratamiento

La terapia es multifacética e incluye la intervención médica y quirúrgica. Las condiciones agravantes deben abordarse, y los factores desencadenantes se deben eliminar. Esto puede

significar la interrupción de la terapia parenteral de hierro, suplementos de calcio y vitamina D. Aunque frecuentemente implicado como disparador algunos estudios sugieren que los pacientes se pueden beneficiar de los glucocorticoides sistémicos en etapas tempranas a menos que existan lesiones ulceradas ya presentes.

El uso temprano de tiosulfato de sodio debe ser considerado como parte de la terapia. Algunos beneficios se pueden lograr con el aumento de la frecuencia o la duración de las sesiones de diálisis. Los estudios han demostrado eficacia en la disminución de los niveles de PTH, calcio y fosfato.¹³

Los Bifosfonatos (por ejemplo, pamidronato, etridronate) aumentan la producción de osteoprotegerina e inhiben la calcificación arterial. Los informes de casos sugieren estos pueden ser útiles en algunos casos de calcifilaxis, incluso sin cambiar los niveles de calcio o fosfato. La paratiroidectomía se debe considerar si el tratamiento conservador falla, pero sólo si el hiperparatiroidismo está presente. Las opciones terapéuticas son limitadas y en gran medida de soporte. Consisten en diálisis baja en calcio, dieta baja en fosfatos, cuidados locales, prevención y tratamiento de infecciones, quelantes del fósforo y paratiroidectomía. No está claro el papel de la paratiroidectomía, pero hay evidencias de que realizada de forma precoz puede mejorar el pronóstico.¹⁴

Conclusiones

La calcifilaxis es un proceso infrecuente. El diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, siendo en ocasiones difícil de distinguir de otros procesos. La localización a nivel proximal confiere un peor pronóstico a las lesiones. Las alteraciones metabólicas y conductas terapéuticas son indistinguibles de las que presentan el resto de pacientes sometidos a diálisis. Desafortunadamente se perdió la seguridad social y no se le brindo tratamiento quirúrgico o médico, en la paciente descrita.

Referencias bibliográficas

1. Seyle H. Calciphylaxis. Chicago, IL. University of Chicago Press. 1962.
2. Coates T, Kirkland GS, Dymock RB, et al. Cutaneous necrosis from calcific uremic arteriolopathy. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 384-91.
3. Janigan DT, Hirsch DJ, Klassen GA, MacDonald AS: Calcified subcutaneous arterioles with infarct of the subcutis and skin (calciphylaxis) in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 35:588-97, 2000.
4. Perez JE. Calcifilaxis y enfermedad renal crónica. *Acta Med Colomb* 2011; 36: 149-152.
5. Mazhar AR, Johnson RJ, Villen D. Risk factors and mortality associated with calciphylaxis in end-stage renal disease. *Kidney Int.* 2001;60: 324-32.
6. Esteve V, Almirall J, et al. Arteriopatía urémica calcificante (calcifilaxis): incidencia, formas de presentación y evolución. *Nefrología* 2007; 27 (5): 82-87.
7. Wilmer WA, Magro CM. Calciphylaxis: Emerging concepts in prevention, diagnosis, and treatment. *Semin Dial.* 2004;15: 172-86.
8. Ahmad S. Renal osteodystrophy -metastatic calcification. En: Ahmad S, editor. Manual of Clinical Dialysis. 2 ed. New York: Editorial Springer; 2009. 15: p. 211-26.
9. Liach F. The evolving clinical features of calciphylaxis. *Kidney Int.* 2003; 122-4.
10. Camba M, Bravo J, Blanco R, Borrajo M, Iglesias I. Calcifilaxis severa en paciente en diálisis, trasplantado hepático e hipocalcemia de larga evolución. *Nefrología.* 2008; 28:226-7.
11. Rodríguez Villareal I, Callejas R, Sánchez M, Laso N, Gallar N, Ortega O, et al. *Dial Transpl* 2010; 31 (3): 76-78.
12. Gómez de la Fuente E, F.J. Vicente, José G. Alvarea, Elena Naza, Sara I. Palencia, F. Pinedob y José L. López-Esteban. Calcifilaxis en pacientes dializados. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95(3):178-8213.
13. Zitt E, König M, Vychytil A, et al. Use of sodium thiosulphate in a multi-interventional setting for the treatment of calciphylaxis in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* Jan 4 2013.
14. Torregrosa JV, Durán CE, Barros X, Blasco M, Arias M, Cases A, et al. Successful treatment of calcific uraemic arteriolopathy with bisphosphonates. *Nefrología.* 2012;32(3):329-34.



Pielonefritis enfisematosa

Soria-Orozco Manuel, Valerdi-Contreras Lorena, López-Íñiguez Álvaro

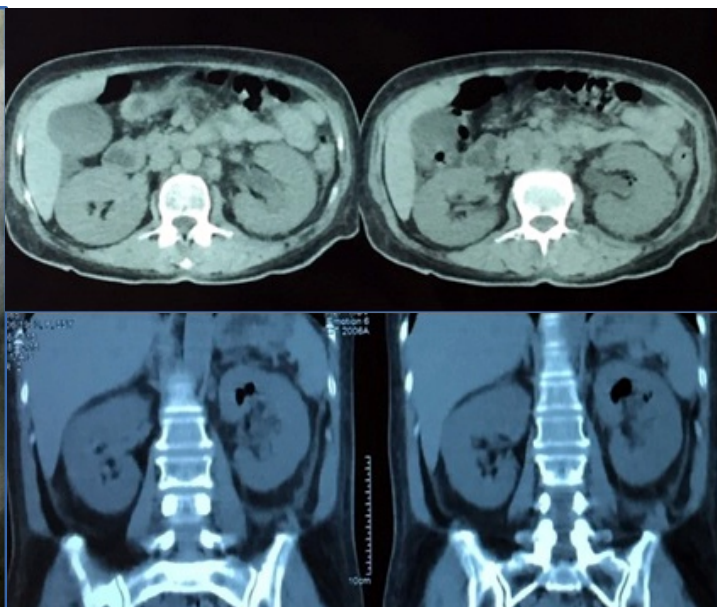
a. Servicio de Medicina Interna. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia

Manuel Soria-Orozco. Servicio de Medicina Interna. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX. Calle Hospital 278, Col. El Retiro, Sector Hidalgo, CP 44280. Guadalajara, Jalisco. Tel.: 011-52-444-8112095. Contacto al correo electrónico: manuel.soriaorozco@gmail.com

Lecturas recomendadas:

1. Shokeir AA, El-Azab M, Mohsen T, El-Diasty. Emphysematous pyelonephritis: a 15 year experience with 20 cases. *Urology*. Mar 1997;49(3):343-6.
2. Tang HJ, Li CM, Yen MY, Chen YS, Wann SR, Lin HH, et al. Clinical characteristics of emphysematous pyelonephritis. *J Microbiol Immunol Infect*. Jun 2001;34(2):125-30.
3. Huan JJ, Tseng CC. Emphysematous pyelonephritis: clinicoradiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. *Arch Intern Med*. Mar 27 2000;160(6):797-805.



Descripción de la imagen

Paciente femenino de 55 años que acudió a valoración por dolor abdominal en flanco izquierdo de 72 horas de evolución. Antecedente de Diabetes Mellitus tipo II de 18 años de diagnóstico sin adecuada adherencia al tratamiento y mal control metabólico además de infecciones repetitivas de tracto urinario en el último año. A la exploración física destacó mal estado de hidratación, dolor a la palmo percusión dorsal izquierda, así como datos de respuesta inflamatoria sistémica (frecuencia cardíaca 110/lpm, frecuencia respiratoria 24/min). Los paraclínicos reportaron procalcitonina de 23.88 ng/ml (0-0.5 ng/ml), leucocitos totales de 7200 con neutrofilia de 88% y hemoglobina glucosilada de 16.8%.

En la radiografía abdominal se evidenció imagen radiolúcida en cuadrante superior izquierdo que se extiende hasta hueso pélvico de bordes regulares y trayecto tortuoso. La tomografía computada (TAC) mostró ambos riñones aumentados en sus dimensiones con cambios inflamatorios y presencia de gas en sus grupos colectores. Se integró diagnóstico de

Pielonefritis Enfisematosa (PNE), se inició manejo con doble esquema de antibiótico piperacilina/tazobactam y amikacina y colocación de catéter doble J con lo que el cuadro remitió.

La PNE es una infección severa del parénquima renal que causa acumulación de gas en el mismo. Es más común entre pacientes diabéticos (95% de los casos) en descontrol metabólico (72% de los casos con niveles altos de hemoglobina glucosilada). La evolución puede ser letal si no se reconoce y se trata de manera oportuna.¹ Las características clínicas típicas son fiebre (79%), dolor abdominal o en flanco (71%), náusea y vómito (17%), disnea (13%), y daño renal agudo (35%). Los hallazgos en laboratorio son leucocitosis, piuria, trombocitopenia, niveles elevados de creatinina sérica y hemocultivos positivos.

La TAC es el estudio de imagen definitivo en la que se reportan patrones de gas parenquimatoso, colección de gas en media luna en el área perinefrica, gas en la vena renal o vena cava inferior y a lo largo del músculo psoas y abscesos perinefricos.² Varios sistemas de

estadificación han sido sugeridos. Un sistema propuesto por Michaeli *et al.* y modificado por Huang y Tseng clasifica la PNE en cuatro clases. La clase I corresponde a gas confinado en el sistema colector, clase II corresponde a gas en el parénquima renal, clase IIIA con extensión de gas en espacio perinefrico o absceso, clase IIIB con extensión de gas más allá de la fascia de Gerota, y clase IV con PNE bilateral o PNE en riñón único.^{2,3}

Con base a lo anterior, el tratamiento conservador se reserva para pacientes en clase I y clase II, o en pacientes en clase III o clase IV con menos de dos factores de riesgo (por ejemplo, trombocitopenia, elevación de creatinina sérica, alteración del estado de alerta o choque); reservando el manejo quirúrgico nefrectomía cuando no es posible el drenaje percutáneo o la colocación de stent interno, o en clases III y IV y en la presencia de dos o más factores de riesgo. A pesar que la nefrectomía ofrece el mejor resultado, el tratamiento conservador con drenaje percutáneo o colocación de stent interno se debe de ofrecer bajo el contexto clínico del paciente.³



Condroma en pabellón auricular

Minerva Natalia Sahagún-Cuevas, Laura Rocío Flores-Alvarado, Blanca Angélica Martínez-Castillo y Laura Andrea López-Trejo

Especialización de Medicina familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco.

Autor para correspondencia

Especialización de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. Domicilio: Av. López Mateos Sur 3496, Fraccionamiento Arboledas, Zapopan, Jalisco, C.P. 45060. Teléfono: (33) 36328311 Ext. 31485. Contacto al correo electrónico: natsah@hotmail.com



Descripción de la imagen

Se trata de masculino de 15 años, sin antecedentes médicos de importancia quien consultó por presentar tumoración en pabellón auricular izquierdo de crecimiento lento durante 2 años, de color violáceo, ovalado, de 3x2 cm y consistencia fibroelástica. Se realizó resección quirúrgica y estudio histopatológico que reportó condroma.

Los condromas son tumoraciones benignas de origen cartilaginosa que derivan de una proliferación de cartílago hialino maduro.¹ El condroma de partes blandas o extra-esquelético es un tumor benigno poco frecuente, localizado en manos y pies en un 80%, poco frecuente en cara y excepcionalmente en pabellón auricular. La lesión suele ser única y tiene transmisión autosómica dominante con mayor predisposición en la raza negra y en descendientes mongólicos.²

Los condromas extra-esqueléticos se producen en tres variantes: a) Múltiples nódulos de condromatosis sinovial dentro de una articulación; b) Lesión solitaria en asociación con

articulaciones, dentro o adyacente y; c) Una lesión cartilaginosa aislada en los tejidos blandos.³

Es asintomático aunque puede ocasionar dolor. Puede medir entre 0.3 y 10 cm de diámetro con un promedio de 3 cm donde la piel que la recubre es normal.^{1,2} La evolución suele ser benigna aunque puede recidivar por exéresis incompleta.²

No hay características histológicas que podrían diferenciar articular, para-articular y condromas de tejidos blandos entre sí, por lo que su diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y anatomopatológico. Debe diferenciarse de los restos cartilaginosos de origen branquial, condromas sinoviales, metaplasia cartilaginosa de las lesiones lipomatosas o fibromatosas y miositis calcificante.^{2,3} El pronóstico es bueno, pero debe descartarse la posibilidad de una transformación sarcomatosa.¹

Lecturas recomendadas:

1. Gouin F, Venet G, Moreau A. Chondromes – Condromas. Edición Científica y Médica Elsevier. *Arch Méd Chir-Appareil locomoteur*. 2001;14-720.
2. Dacal M, De León D, Díaz M, Vázquez J, Formentini E. Condroma de partes blandas. *Arch. Argent. Dermatol* 2008; 58:157-159.
3. Marcial-Seoana RA, Marcial-Seoane MA, Ramos E, Marcial RA. Condromas extraesqueléticos. *Bol Asoc Med PR.*; 1990.

Patricia Sánchez Saiffe

Es técnica en Diseño Gráfico por la UNIVA y Licenciada en Ciencias de la Comunicación por el TEC de Monterrey Campus Guadalajara. Cuenta con varias exposiciones individuales y Colectivas en su haber, tanto nacionales como

internacionales. A nivel internacional, su obra la ha presentado en Francia y Estados Unidos. Su obra se encuentra en colecciones privadas en Argentina, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Japón y México. Ha participado en el certamen del Salón de Octubre 2012, en Guadalajara; en la 1er Bienal Eulalio Ferrer del Museo Iconográfico del Quijote, Guanajuato; así como su obra se encuentra dentro del acervo del Museo Virtual de Artes (MUVA) de Jalisco. También puede apreciarse su propuesta artística en los murales del Hospital San Juan de Dios de Zapopan y el albergue San Juan Grande de Guadalajara. Se ha desempeñado como ilustradora de libros y cuentos infantiles y juveniles, entre los que se incluyen ilustraciones tanto de libros como portadas de la Editorial Andrés Bello Mexicana así como para CONACULTA y la UNESCO. Sus pinturas han contribuido a la beneficencia de las obras sociales de asociaciones y fundaciones como: Patronato del Centro Estatal de Cancerología, la Fundación Black Coffe Gallery, San Juan de Dios, HumanaMente Pro Voz de salud mental, Cómplices A.C. entre otros más.



Abre tu voz
Óleo/ hilo/ pewter
20 cm x 20 cm
2012



Estrategia
Óleo y polímeros / madera
80 cm x 100 cm
2014



Niña y mantarrayas
Óleo / tela
90 cm x 130 cm
2009



Universo
Óleo / foam board
80 cm x 102 cm
2014



Regina
Óleo / tela
110 cm x 85 cm
2012



Natura
Óleo / papel / hilo / pewter /
plantas encapsuladas
40 cm x 65 cm
2012