

ANALES DE MEDICINA UNIVERSITARIA



49

Causas de falta de apego a Guías de Práctica Clínica relacionadas a la atención de pacientes puérperas. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

55

Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con Evento Vascular Cerebral isquémico atendidos en el servicio de Urgencias.

62

Satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

70

Conocimiento sobre salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en estudiantes de la Preparatoria No. 7 del estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

78

Prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

DIRECTORIO

Editor en Jefe

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa
FMH-UNACH

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

Dr. Carlos Faustino Natarén Nandayapa
Rector
Universidad Autónoma de Chiapas

Vicepresidente

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña
FMH-UNACH

Secretaria Técnica

Dra. Gladis Karina Hernández López
FMH-UNACH

Asesor Externo

Dr. Miguel Pérez de la Mora
IFC-UNAM

COMITÉ EDITORIAL

Dr. José del Carmen Rejón Orantes

Coordinador del Comité Editorial
Profesor-Investigador de Tiempo Completo de la FMH C-II, UNACH
Laboratorio Experimental de Farmacobiología.

Dr. Óscar Alfaro Macías

Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Mtra. Marcia Molina Huerta

Enfermera adscrita al Hospital de
Especialidades Pediátricas.

Dr. Gerardo Bautista Trujillo

Profesor-Investigador de la FMVZ-
UNACH.

Dra. María Cristina Morán Moguel

Profesora-Investigadora Titular A del
Departamento de Biología Molecular y
Genómica del Centro Universitario de
Ciencias de la Salud de la Universidad de
Guadalajara.

Dra. Esther Mahuina Campos Castolo

PTC, Departamento de informática
Biomédica, Facultad de Medicina,
UNAM.

Dr. Héctor Ochoa Díaz López

Investigador Titular
Miembro de la Academia Nacional de
Medicina de México.
Departamento de Salud ECOSUR.

Dr. Rosa Margarita Durán García

Profesora-Investigadora de la UNICACH,
Coordinadora de posgrados de salud
pública y líder del C. A. Investigaciones
clínicas y epidemiológicas de salud
humana.

Dr. Víctor Manuel Ruíz Valdivieso

Profesor-Investigador del Instituto
Tecnológico de Tuxtla Gutiérrez.

Dr. Daisy Escobar Castillejos

Profesor-Investigador de la FING-
UNACH.

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Presidente
Academia Mexicana de Cirugía Capítulo
Occidente.

Dr. Néstor García Chong

Profesor-Investigador de la FMH-CII,
UNACH y líder del C. A. Promoción y
Educación para la Salud.

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz

Miembro de la Academia Nacional
Mexicana de Bioética.

Dra. Yolanda Marín Campos

PTC, Departamento de Farmacología.
Facultad de Medicina, UNAM.

APOYO EDITORIAL

Lic. Osiris Alexandra Martínez
Nandayapa
Edición digital

Lic. Eury Sayuri Yahaira Hubert
Martínez
Diseño e imagen

Anales de Medicina Universitaria, año 3, No. 2, septiembre - diciembre 2024, es una publicación cuatrimestral, editada por la Universidad Autónoma de Chiapas, C.P. 29050 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Tel: 52 (961) 617-8000, www.unach.mx. Editor en jefe: Luis Ernesto Hernández Gamboa. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-033113432300-102, ISSN: 2954-3495, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor. Siendo el Editor en Jefe el responsable de la última actualización de este número con fecha del 31 de marzo del 2024.

ÍNDICE

Editorial. 48

Editorial.

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa

49 Causas de falta de apego a Guías de Práctica Clínica relacionadas a la atención de pacientes púerperas. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Causes of Non-Adherence to Clinical Practice Guidelines related to the care of postpartum patients. Intensive Care Unit, Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Enf. María de Jesús Hernández Jiménez

Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con Evento Vascular Cerebral isquémico atendidos en el servicio de Urgencias. 55

Prevalence of atrial fibrillation in patients with ischemic stroke admitted to the Emergency department.

Dra. Ana Raquel López Yong
Dra. Olga López Ralón
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón
Dr. Juan José Galdámez De la Cruz
Dra. María Eugenia Chavarría Olarte

62 Satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Patients' satisfaction with the medical care provided at the UMF No. 13 of the IMSS of Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Dra. Luisa María Orduña Sánchez
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón
Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

Conocimiento sobre salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en estudiantes de la Preparatoria No. 7 del estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 70

Knowledge about reproductive, sexual health and adolescent pregnancy in students of High School No. 7 of the State in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Jair Misael Gutiérrez Palacios
Roberto Carlos Manzo Morales
Ana Paula Ruiz Lievano
Karla Berenice Zavala Hernández

78 Prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Prevalence of depression in premenopausal and postmenopausal women attending the outpatient clinic of UMF No. 13 of the IMSS in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Dra. Faviola Roblero Rincón
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón
Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

Lineamientos para autores.

Author guidelines.

Anales de Medicina Universitaria

Disponibles para consulta: <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/Lineamientos>

EDITORIAL

Es un motivo de orgullo pertenecer a esta Institución Universitaria, que en pocos días celebrará 50 años de servicio al pueblo de Chiapas. A lo largo de este tiempo, han egresado grandes profesionistas que no solo han dejado una huella en el estado, sino también a nivel nacional, destacándose como ejemplos en diversos campos profesionales. Nuestro más sincero reconocimiento va para ellos, y en especial para los docentes que, con su dedicación, fueron pieza clave en su formación, inspirándolos a aprender y aplicar los conocimientos adquiridos.

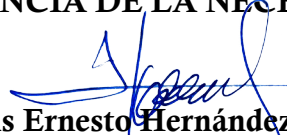
En este número, nuestros lectores podrán disfrutar de una serie de trabajos realizados en distintas instituciones educativas y de salud. En el ámbito educativo, se presenta un estudio sobre el nivel de conocimiento relacionado con la salud sexual y reproductiva en estudiantes de preparatoria. En el campo de la salud, ofrecemos cuatro artículos que abordan temas de relevancia. Recordamos a nuestros lectores que tienen la oportunidad de enviar cartas al editor para compartir sus reflexiones o comentarios sobre los contenidos publicados.

Una vez más, felicitamos a la UNACH por sus 50 años de trayectoria, y deseamos que sigamos alcanzando muchos éxitos más en el futuro.



Atentamente

"POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR"


Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa
Editor en Jefe de la Revista
Anales de Medicina Universitaria

CAUSAS DE FALTA DE APEGO A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA RELACIONADAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES PUÉRPERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL DE LAS CULTURAS DE SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

Hernández Jiménez, María de Jesús¹

1 Supervisora de Enfermería, Hospital de las Culturas, SSA, San Cristobal de las Casas; Chiapas. Aspirante al grado de Especialidad Obstétrica del Sistema Educativo Universitario Azteca (SEUAT).

* Autor de correspondencia: herrnamaria8o@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Enfermería Basada En Evidencia, surge como un medio para que el profesional de enfermería afronte mejor los retos, tales como: existencia de un enorme volumen de información científica en evolución continua, la exigencia de ofrecer la máxima calidad asistencial a sus pacientes y la limitación de recursos destinados a la atención sanitaria. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) de Enfermería, se presentan como una oportunidad sobre las que sustentar proyectos de investigación que pueden tener impacto positivo en la persecución de la excelencia clínica derivada de los procesos de enfermería. Las GPC son una de las principales herramientas utilizadas por los sistemas de salud modernos y por los profesionales de la salud que practican una medicina basada en evidencias. Son instrumentos usados en beneficio del paciente y con un impacto positivo para los sistemas de salud.

Objetivo: Identificar los factores que generan la falta de aplicación de las guías de práctica clínica.

Materiales y métodos: Diseño cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal, descriptivo. Aplicado a todo el personal del servicio de Terapia Intensiva del Hospital que acepto participar en el mismo.

Resultados: A lo largo de las diferentes respuestas se puede observar una diferencia en la predisposición a la aplicación y uso de las GPC por turno y nivel de formación.

Conclusiones: Falta llevar a cabo la implementación de capacitación continua sobre el uso de las GPC, un instrumento práctico, disponibilidad de parte del personal de enfermería, y la existencia de las GPC en el servicio.

Palabras clave: Guías de Práctica Clínica, implementación, apego, obstetricia, puérperas.

CAUSES OF NON-ADHERENCE TO CLINICAL PRACTICE GUIDELINES RELATED TO THE CARE OF POSTPARTUM PATIENTS. INTENSIVE CARE UNIT, HOSPITAL DE LAS CULTURAS, SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

Hernández Jiménez, María de Jesús^{1}*

1 Supervisora de Enfermería, Hospital de las Culturas, San Cristobal de las Casas; Chiapas. Aspitante al grado de Especialidad Obstétrica del Sistema Educativo Universitario Azteca (SEUAT).

* Corresponding author: herrnamaria80@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Evidence-Based Nursing emerged as a means for nursing professionals to better face challenges such as the existence of a vast and continuously evolving body of scientific information, the demand to provide the highest quality care to patients, and the limitation of resources allocated to healthcare. Nursing Clinical Practice Guidelines (GPC) present an opportunity to support research projects that can have a positive impact in the pursuit of clinical excellence stemming from nursing processes. CPGs are one of the primary tools used by modern healthcare systems and by health professionals practicing evidence-based medicine. They are instruments used for the benefit of the patient and have a positive impact on healthcare systems.

Objective: To identify the factors that contribute to the lack of application of clinical practice guidelines.

Materials and methods: Quantitative, non-experimental, prospective, cross-sectional, descriptive design. Applied to all staff in the Intensive Care Unit of the hospital who agreed to participate.

Results: Throughout the different responses, a difference can be observed in the predisposition to apply and use the CPGs depending on the work shift and level of training.

Conclusions: Continuous training on the use of CPGs needs to be implemented, as they are practical instruments. The availability of CPGs by the nursing staff and their presence in the service are essential.

Keywords: Clinical Practice Guidelines, implementation, adherence, obstetrics, postpartum patients.

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) se crearon con el objetivo de estandarizar la práctica clínica en diversas instituciones de salud y mejorar la calidad técnica de los servicios. Actualmente, existen 818 GPC para abordar enfermedades que representan problemas de salud pública. Sin embargo, solo 11 de ellas fueron actualizadas en 2021, mientras que la mayoría proviene de 2017 y 2019, con algunas revisiones esporádicas¹. Este panorama es reflejado en el Catálogo Maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)¹. A pesar de su importancia, la implementación y aceptación de las GPC en el ámbito operativo sigue siendo subóptima, y se desconocen las barreras específicas que obstaculizan su aplicación²⁻⁴.

En el contexto de las GPC disponibles, es esencial su uso en la atención de pacientes embarazadas durante el parto y el puerperio, ya que las complicaciones asociadas a estas etapas son una de las principales causas de mortalidad en Chiapas y en todo México^{5,6}. En vista de este escenario, se planteó como objetivo general identificar los factores que generan falta de apego de las GPC en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para Adultos del Hospital de las Culturas, en San Cristóbal de las Casas; Chiapas. Para ello, se aplicó un instrumento que permitió evaluar y conocer dichos factores, con el fin de desarrollar estrategias que promuevan la estandarización de los cuidados de enfermería a las pacientes obstétricas atendidas en la unidad.

Para identificar estos factores, se realizaron encuestas al personal de enfermería y se revisaron los registros clínicos, donde se constató la falta de apego a las GPC. Los resultados de las encuestas revelaron los factores principales que contribuyen a esta problemática.

Es crucial recordar que este trabajo busca evaluar el conocimiento y la aplicación de las GPC en pacientes ingresadas a terapia intensiva, cuya vida está en riesgo, ya sea por complicaciones del embarazo o por otras

condiciones de salud⁷. La reducción de la mortalidad materna es uno de los objetivos prioritarios del país, y por ello resulta fundamental entender las causas de la falta de adherencia a estos documentos, que representan un pilar en la actualización del conocimiento y la actuación del personal de salud^{2,8,9}. El respeto y seguimiento de las GPC es clave para garantizar la salud y vida de las mujeres, quienes a su vez son el pilar de sus familias¹⁰⁻¹².

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal y descriptivo, con el objetivo de identificar los factores que generan la falta de apego a las GPC en la UCI para Adultos del Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas; Chiapas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se seleccionó como población de estudio al personal de enfermería adscrito al área de terapia intensiva, aplicando un cuestionario a 15 integrantes del equipo, de los cuales seis eran especialistas, seis licenciados en enfermería y tres enfermeros generales. Este cuestionario fue diseñado para identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las GPC, así como los factores que obstaculizan su uso en la atención de pacientes obstétricas.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de mayo y septiembre de 2022. Se utilizaron preguntas de opción múltiple y escalas de Likert para evaluar aspectos como el conocimiento de las GPC, la percepción sobre su utilidad, el acceso a los recursos necesarios para su implementación y la disponibilidad de tiempo para consultarlas durante la jornada laboral.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se analizaron utilizando métodos descriptivos para identificar patrones y tendencias en las respuestas obtenidas.

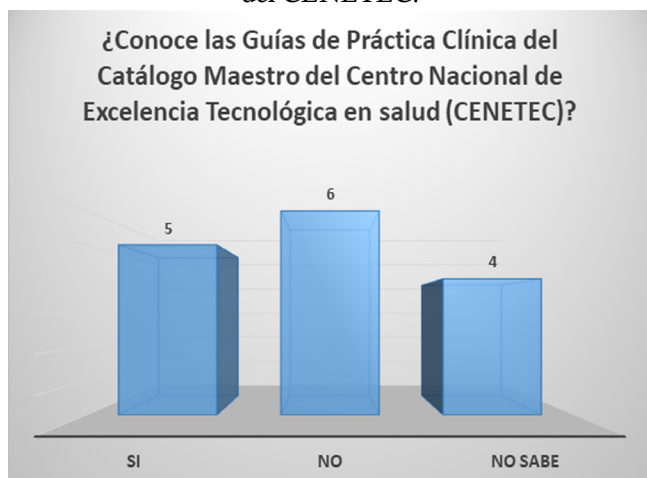
RESULTADOS

Del total del personal de enfermería encuestado, 6 son especialistas (3 en cuidados intensivos y 3 en cuidados críticos), 6 tienen una licenciatura en enfermería y 3 son enfermeras y enfermeros generales que no están adscritos directamente al servicio, sino que cubren incidencias. Un hallazgo significativo es que, especialmente en los turnos nocturnos, las coberturas de incidencias suelen ser realizadas por personal no especializado en el uso de las GPC.

Al analizar los resultados, se observó que los principales factores que contribuyen a la falta de apego a las GPC son, en primer lugar, la insuficiente capacitación, lo que genera un desconocimiento sobre su adecuado manejo. Además, la falta de acceso a las GPC en formato físico, especialmente aquellas que involucran la atención de pacientes obstétricas, incrementa el tiempo necesario para consultarlas, afectando la calidad de la atención inmediata. Esta situación se agrava debido a que muchas personas del equipo no conocen cuántas guías existen ni cuáles son las más importantes para su correcta aplicación, lo que limita el respaldo en las recomendaciones que estas ofrecen.

En la *Figura 1* se refleja que solo 6 de las personas encuestadas conocen el Catálogo Maestro de GPC, y la mayoría solo está familiarizada con dos o tres guías

Figura 1. Conocimiento de las Guías de Práctica Clínica del CENETEC.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a personal de enfermería la UCI para Adultos del Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas; Chiapas (2023).

Además, aunque 6 de las personas encuestadas conocen la existencia del Catálogo Maestro, 5 de ellas no comprenden completamente su definición ni el propósito de las guías. Esto revela una brecha significativa en el entendimiento conceptual de las GPC, lo que podría estar obstaculizando su correcta implementación.

Asimismo, el 60% (9) del personal encuestado considera muy útil el apego a las GPC para la atención de pacientes. Sin embargo, 3 personas no utilizan las guías debido a que no conocen cómo manejarlas adecuadamente, y el resto del personal no se apega a ellas. Este hallazgo subraya la necesidad de capacitación específica para mejorar el uso práctico de las guías, ya que la percepción de su utilidad no se traduce necesariamente en su aplicación efectiva.

El 80% (12) de las personas encuestadas también percibe la necesidad de un instrumento práctico adicional para facilitar el uso y apego a las GPC en la atención de pacientes obstétricas. Esto sugiere que, además de las guías existentes, se requieren herramientas más accesibles o formatos más fáciles de consultar, que permitan al personal actuar con mayor rapidez y efectividad (*Figura 2*).

Figura 2. Necesidad de instrumentos prácticos para el uso de GPC.



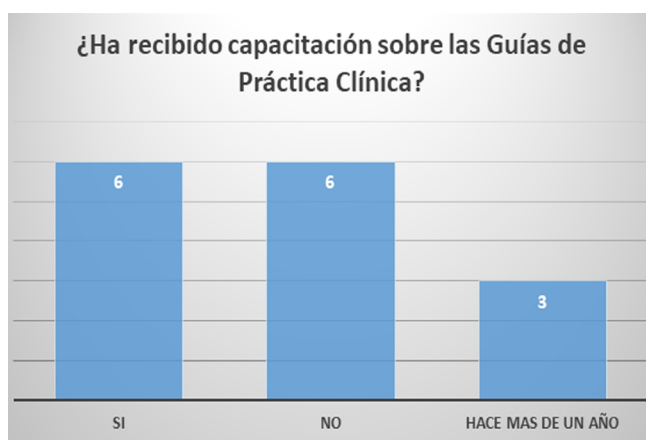
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a personal de enfermería la UCI para Adultos del Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas; Chiapas (2023).

En relación con la disponibilidad de tiempo para la consulta de las GPC, cinco personas consideran que tienen suficiente tiempo para consultarlas durante su jornada laboral,

mientras que las 10 restantes creen que el tiempo no es suficiente o lo es solo de manera ocasional.

En cuanto a la capacitación en la aplicación de las GPC, seis personas afirman haber recibido capacitación sobre el tema, mientras que otras seis no han recibido formación alguna, y tres indican que la última capacitación fue hace más de un año. Esto evidencia una carencia de actualización constante, lo que afecta directamente el conocimiento y uso de las guías (*Figura 3*).

Figura 3. Capacitación sobre la aplicación de las GPC.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a personal de enfermería la UCI para Adultos del Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas; Chiapas (2023).

Con respecto a EEn cuanto a la percepción de la calidad de la capacitación, seis personas la califican como muy buena y útil, siete como buena, y dos la consideran regular. Esto sugiere una variabilidad en la percepción de la calidad de la formación recibida, lo que destaca la necesidad de mejorar los programas formativos para asegurar que todo el personal obtenga los mismos beneficios.

Finalmente, en relación con la disponibilidad de insumos necesarios para el adecuado apego a lo establecido en las GPC, siete personas indicaron que solo cuentan con algunos de los insumos recomendados. Este hallazgo resalta que, además del conocimiento de las guías, es crucial contar con los recursos adecuados para implementar las recomendaciones, ya que esto afecta directamente la calidad de la atención brindada.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que, aunque las GPC fueron diseñadas para estandarizar y mejorar la calidad en los servicios de salud ⁸, su implementación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de las Culturas presenta importantes desafíos. Entre los principales obstáculos se encuentran la insuficiente capacitación del personal de enfermería, el acceso limitado a las guías en formato físico y la falta de instrumentos prácticos para su consulta. Estos factores afectan directamente la calidad de atención brindada a las pacientes púerperas, quienes requieren cuidados específicos y rápidos ³.

Un aspecto relevante es que el personal que cubre incidencias, particularmente en los turnos nocturnos, carece de la especialización necesaria para aplicar correctamente las GPC, lo que genera deficiencias en la atención. Este hallazgo coincide con estudios previos que subrayan la importancia de la formación continua y específica para garantizar una atención de calidad en unidades críticas.

Por otro lado, aunque la mayoría del personal encuestado reconoce la utilidad de las GPC, muchas de estas personas no están familiarizadas con su manejo práctico. Este desconocimiento se vincula a la falta de programas de actualización regulares, un problema que también ha sido señalado en otros estudios como un factor clave que afecta la adherencia a las guías clínicas. Además, la disponibilidad de insumos necesarios para implementar las recomendaciones de las GPC es insuficiente, lo cual limita la efectividad de las intervenciones recomendadas, tal como se ha evidenciado también por otros estudios ^{2, 13}.

Es importante resaltar que la falta de acceso a un formato físico de las GPC retrasa la consulta en momentos críticos, afectando la atención inmediata. La necesidad de contar con instrumentos más accesibles y específicos, adaptados a las patologías más frecuentes en las pacientes atendidas en la unidad, resulta fundamental para mejorar la adherencia y optimizar el tiempo de respuesta del personal de salud.


CONCLUSIÓN

El presente estudio evidencia que la baja adherencia a las GPC en la UCI del Hospital de las Culturas se debe principalmente a tres factores interrelacionados: la deficiencia en la capacitación continua del personal de enfermería, la escasez de guías físicas en los puntos de atención y la falta de herramientas de consulta ágiles. Estas carencias obstaculizan significativamente la prestación de cuidados obstétricos oportunos y de calidad, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas.

Para revertir esta problemática, resulta necesario implementar un programa integral que incluya: capacitación regular y actualizada para todo el personal, garantizando el acceso a las GPC en formato físico y digital en las áreas críticas, y el desarrollo de herramientas de consulta concisas y de fácil manejo. Asimismo, resulta indispensable asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para implementar las recomendaciones de las GPC y, así, optimizar la atención a las pacientes púérperas.

La implementación de estas acciones no solo mejorará sustancialmente la calidad de la atención obstétrica en unidades críticas, sino que también contribuirá a alcanzar uno de los objetivos primordiales del sistema de salud mexicano: la reducción de la mortalidad materna.

REFERENCIAS

1. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Gobierno de México. 2018. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>
2. Maya-Hernández C, Flores-Hernández S, de Jesús Vértiz-Ramírez J, de Servicios de Salud M en I, Ruelas-González MG, Poblano-Verástegui O, et al. Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: Perspectiva del personal de salud. *Salud Publica Mex.* 2021;63(5):662–71.
3. Espinosa Peña I, Olea Fraile E. Uso de las Guías de Práctica Clínica en Enfermería [Internet]. Universidad de Valladolid; 2018. p. 1–30. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30407>
4. Alva Diaz C, García-Mostajo JA, Gil-Olivares F, Timana R, Pimentel P, Canelo-Aybar C. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2017;34(4):317–22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400010&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a10v34n4.pdf
5. Ipas México. Información Básica del estado de Chiapas. Salud reproductiva [Internet]. México; 2021. 15 p. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2021-Chiapas.pdf>
6. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 52 de 2022 [Internet]. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México: Secretaría de Salud; 2023. p. 1–7. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561674/MM_2020_SE27.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa OMS. 2023. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención Y Cuidados Multidisciplinarios En El Embarazo [Internet]. Gobierno de México. México: Gobierno de México; 2022. p. 1–106. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/ER.pdf>
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de mujeres con Trastornos hipertensivos en el embarazo [Internet]. Vol. 1, Catálogo maestro CENETEC. México: Gobierno de México; 2017. p. 1–48. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007_GPC_CirculacionArtPerif/IMSS_007_08_EyR.pdf%0Ahttp://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html%0Ahttp://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html
10. Secretaría de Salud. Enfermería y bioética [Internet]. Vol. 6, Gaceta Conbioética. México: CONBIOÉTICA; 2016. p. 1–44. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/Gaceta_22/Gaceta_22_Enfermeria.pdf
11. Secretaría de Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, enfoque humanizado, intercultural y seguro [Internet]. México; 2017. p. 97. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
12. Barbosa de Pinho L, Azevedo Dos Santos SM. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2006;15(54):20–4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962006000200004
13. Gutiérrez-Alba G, González-Block MÁ, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Publica Mex.* 2015;57(6):547. 

Citar como: Hernández Jiménez MdJ. Causas de falta de apego a Guías de Práctica Clínica relacionadas a la atención de pacientes púérperas. *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.. AMU.* 2024;3(2):49-54. Doi: [10.31644/AMU.V03.N02.2024.A06](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N02.2024.A06)

PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

López Yong, Ana Raquel^{1*}; López Ralón, Olga¹; Balcázar Rincón, Luis Ernesto¹; Galdámez De la Cruz, Juan José²; Chavarría Olarte, María Eugenia³

1 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

2 Médico adscrito a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

3 Médico adscrita a la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva. Hospital de Gineco Obstetricia No.4 Luis Castelazo Ayala, IMSS

* Autor de correspondencia: yong391@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un déficit neurológico súbito, en México el tipo isquémico representa el 65% de los EVC. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la exposición prolongada a la hipertensión arterial y sus complicaciones como la Fibrilación Auricular (FA).

Objetivo: Identificar la prevalencia de FA en pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral atendidos en el servicio de urgencias

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Incluyó 56 pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral de origen isquémico ingresados en la sala de urgencias. Se aplicó el score NIHSS para obtener una evaluación cuantitativa del déficit neurológico de los pacientes, posteriormente se realizó una tomografía de cráneo simple y un electrocardiograma de 12 derivaciones para detectar y documentar la presencia de fibrilación auricular de novo o preexistente. Además, se indagó en los pacientes participantes la existencia de factores de riesgo cardiovasculares, así como el tiempo de inicio de los síntomas neurológicos.

Resultados: La prevalencia de FA en la población estudiada fue del 30%, de ellos el 75% fue diagnosticado al momento de su ingreso al servicio de urgencias. La HAS se evidenció como la comorbilidad más frecuente.

Conclusiones: En pacientes con EVC isquémico y aquellos con HAS, se recomienda realizar electrocardiogramas seriados o monitorización Holter de al menos 72 horas para detectar fibrilación auricular. La identificación temprana de esta arritmia permite instaurar un tratamiento anticoagulante adecuado y reducir el riesgo de nuevos eventos embólicos cerebrales.

Palabras clave: Fibrilación Auricular, EVC, Stroke, NIHSS, Isquemia Cerebral, HAS.

PREVALENCE OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

López Yong, Ana Raquel^{1*}; López Ralón, Olga¹; Balcázar Rincón, Luis Ernesto¹; Galdámez De la Cruz, Juan José²; Chavarría Olarte, María Eugenia³

1 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

2 Médico adscrito a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

3 Médico adscrita a la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva. Hospital de Gineco Obstetricia No.4 Luis Castelazo Ayala, IMSS

* Corresponding author: yong391@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a sudden neurological deficit. In Mexico, ischemic stroke accounts for 65% of all strokes. Prolonged exposure to hypertension and its complications, such as Atrial Fibrillation (AF), are well-known risk factors.

Objective: To identify the prevalence of AF in patients diagnosed with stroke who were attended to in the emergency department.

Materials and methods: A descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted. The study included 56 patients diagnosed with ischemic stroke admitted to the emergency department. The NIHSS score was used to obtain a quantitative assessment of the patients' neurological deficit. Subsequently, a non-contrast computed tomography (CT) scan of the head and a 12-lead electrocardiogram were performed to detect and document the presence of de novo or pre-existing atrial fibrillation. Additionally, participants were questioned about the presence of cardiovascular risk factors and the time of onset of neurological symptoms.

Results: The prevalence of AF in the study population was 30%, of which 75% was diagnosed upon admission to the emergency department. Hypertension was the most frequent comorbidity.

Conclusions: In patients with ischemic stroke and those with hypertension, serial electrocardiograms or at least 72-hour Holter monitoring is recommended to detect atrial fibrillation. Early identification of this arrhythmia allows for the initiation of appropriate anticoagulant therapy and reduces the risk of recurrent embolic stroke.

Keywords: Atrial Fibrillation, CVD, Stroke, NIHSS, Cerebral Ischemia, Hypertension

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral isquémica se define como el conjunto de afecciones clínicas caracterizadas por un déficit neurológico de inicio súbito secundario a la oclusión total o parcial de una arteria cerebral ^{1,2}, en el espectro clínico de esta enfermedad se incluyen el evento cerebral isquémico y el ataque isquémico transitorio que clásicamente eran diferenciados con base en la duración del cuadro clínico, sin embargo, actualmente se usan hallazgos radiológicos para clasificarlos ¹⁻³.

La apoplejía en general puede definirse como cualquier enfermedad o proceso que interrumpe el flujo sanguíneo al cerebro, la lesión, está relacionada con falta de oxígeno y los sustratos de glucosa necesarios para la producción de fosfato de alta energía y la presencia de mediadores secundarios de lesión celular, los factores subsecuentes como el edema y el efecto de masa pueden exacerbar la lesión inicial ⁴.

En México según los resultados del estudio BASID se aprecia que la tasa anual se incrementa en forma significativa con la edad en todos los tipos de EVC, aunque el infarto cerebral es el tipo de EVC más frecuente, el número de casos de hemorragia intracerebral y la subaracnoidea es mayor que el señalado en países desarrollados ^{4,5}. Actualmente las enfermedades cerebrovasculares en México deben considerarse como un problema de salud de orden prioritario.

La tendencia registrada durante los últimos años, muestra un incremento continuo en los niveles de mortalidad por este padecimiento, el cual ocupó en 2010 el sexto lugar dentro de las principales causas de defunción (32,306 defunciones con una tasa de 28.8 por cada 100,000 habitantes) ⁴.

El diagnóstico se basa en una anamnesis específica, así como en la exploración física. La exploración física puede variar desde ser muy evidente, (flacidez facial, disminución de la fuerza muscular, alteraciones en el habla) hasta muy sutil (debilidad, mareo,

cambios sensoriales). Las mujeres señalan síntomas no tradicionales con una frecuencia 62% mayor que los varones y tienen 33% menos probabilidad de indicar síntomas tradicionales⁶.

En el año 2009 la American Heart Association avaló una nueva definición de isquemia cerebral transitoria (TIA, transient ischemic attack) tratándose de “*Un episodio transitorio de disfunción neurológica causada por isquemia focal del encéfalo, médula espinal o retiniana sin infarto agudo*” ⁷. Una TIA debe verse como análoga de la angina inestable, es decir, un presagio omiso de un posible episodio vascular futuro, de hecho algunos estudios demuestran que el riesgo general a 90 días después de la TIA es >9.5% y algunos datos sugieren que 50% de estos episodios subsecuentes ocurren dentro de los dos siguientes días a la presentación en el servicio de urgencias; el riesgo se asocia a edad >60 años, presencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y a aquellos síntomas que duren >10 minutos, algunos como presencia de debilidad y alteraciones en el habla⁸.

Las escalas de valoración neurológica nos permiten evaluar de forma bastante fiable la gravedad del ictus, progresión y desenlace. El National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), es la escala más empleada en la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto a su inicio como durante su evolución, está constituida por 11 ítems que permiten explorar de forma rápida funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje ⁹.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente, presentándose en el 0.4 al 1% de la población general aproximadamente. La prevalencia de FA aumenta con la edad, afectando al 10% de la población mayor de 80 años ¹⁰.

La fibrilación auricular es una de las principales causas evento vascular cerebral (EVC) isquémico de origen cardioembólico, encontrándose en aproximadamente el 25%

de los pacientes como antecedente médico de riesgo¹¹⁻¹³. Sin embargo, en un porcentaje de pacientes se desconoce la existencia de esta condición y se realiza el diagnóstico de novo cuando se presenta una complicación como un episodio embólico cerebral. En el estudio Framingham¹⁴, el riesgo de EVC es 5.6 veces mayor en pacientes con FA respecto a aquellos en ritmo sinusal de la misma edad. Y el riesgo se incrementa con el aumento de la esperanza de vida de nuestra población¹⁵. Es debido a la morbilidad asociada a esta, que es vital su reconocimiento temprano y el manejo adecuado, con la finalidad de reducir la incidencia de complicaciones asociadas, principalmente el EVC, y con ello mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Actualmente existen estudios desarrollados para el diagnóstico de manera dirigida de la fibrilación auricular, con el uso de monitorización prolongada del electrocardiograma para la detección de FA paroxística¹¹ y la detección de fibrilación auricular en pacientes con ictus isquémico agudo es de gran relevancia clínica porque suele cambiar la terapia de prevención secundaria de los fármacos antiplaquetarios a la anticoagulación oral¹¹⁻¹³. La terapia de anticoagulación oral conduce a una reducción del riesgo relativo de 60 a 70% de accidentes cerebrovasculares recurrentes en aquellos pacientes con fibrilación auricular¹⁶.

Con base a lo anterior realizamos este trabajo con el objetivo de identificar la prevalencia de FA en pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. El universo de estudio estuvo conformado por 56 pacientes con diagnóstico de evento vascular cerebral de origen isquémico ingresados en la sala de urgencias.

El protocolo fue aprobado por los Comités de

Investigación y ética en Investigación de la unidad.

Se aplicó el score NIHSS para obtener una evaluación cuantitativa del déficit neurológico de los pacientes, posteriormente se realizó una tomografía de cráneo simple para corroborar la presencia de ictus isquémico, una vez confirmado el diagnóstico se obtuvo un electrocardiograma de 12 derivaciones en tres ocasiones durante su estadía en urgencias, a su ingreso (hora cero), 12 horas y 24 horas posteriores a su ingreso, para detectar y documentar la presencia de fibrilación auricular de novo o preexistente. Además, se indagó en los pacientes participantes la existencia de factores de riesgo cardiovasculares, así como el tiempo de inicio de los síntomas neurológicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico contempló estadística descriptiva utilizando frecuencias y proporciones de las variables cualitativas, en las cuantitativas media y desviación estándar. Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y gráficos. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 35 hombres (62.5%) y 21 mujeres (37.5%), con una edad mínima de 50 años y una máxima de 90 años, predominando el grupo de 60 a 69 años con el 35.7%.

La prevalencia de FA encontrada fue de 30%, de este porcentaje el 25% ($n=4$) de la población estudiada contaba con un diagnóstico ya establecido de FA y el 75% ($n=13$) restante fue diagnosticado al momento de su ingreso al servicio de urgencias.

Al indagar acerca del tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas neurológicos y el arribo al servicio de urgencias encontramos que el 100% de los pacientes acudieron fuera del periodo de ventana terapéutica para trombólisis, predominando el periodo de 5 a 8 horas posteriores al inicio de síntomas con

un 57.14% (*Tabla 1*).

Tabla 1. Tiempo de inicio de sintomatología al arribo al servicio de urgencias

Tiempo	n	%
5 a 8 horas	32	57.14
9 a 12 horas	14	25
Más de 12 horas	10	17.86
Total	56	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Instrumento de medición protocolo “Prevalencia de FA en EVC isquémico en pacientes del servicio de urgencias” (2023).

En relación con la evaluación clínica a través del NIHSS score, el 1.79% correspondió a un déficit leve, 64.24% con déficit motor moderado, 5.36% déficit severo y un 28.57% presentaron un déficit motor Grave (*Tabla 2*).

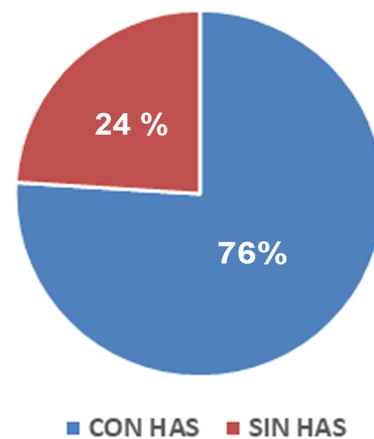
Tabla 2. Distribución de acuerdo con clasificación del NIHSS Score

Déficit neurológico	n	%
Leve (2-5 pts.)	1	1.79
Moderado (6-15 pts.)	36	64.24
Severo (16-20 pts.)	3	5.36
Grave (Más 20 pts.)	16	28.57
Total	56	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Instrumento de medición protocolo “Prevalencia de FA en EVC isquémico en pacientes del servicio de urgencias” (2023).

La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más asociada a la presencia de FA, estando presente en el 76% de los pacientes estudiados (*Figura 1*).

Figura 1. Distribución de hipertensión en pacientes con fibrilación auricular



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Instrumento de medición protocolo “Prevalencia de FA en EVC isquémico en pacientes del servicio de urgencias” (2023).

Figura 2. Distribución de pacientes por sexo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del Centro de Salud Urbano, Huixtla, Chiapas (2023).

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue identificar la prevalencia de la FA en pacientes con EVC isquémico atendidos en el servicio de urgencias del hospital general de zona No. 2 en Tuxtla Gutiérrez.

Respecto a la prevalencia de FA, este trabajo puso de manifiesto una prevalencia del 30%, es importante mencionar que de este porcentaje el 75% de la población estudiada fue diagnosticada al momento de su ingreso al servicio de urgencias. Este dato es importante pues representa una diferencia significativa a lo reportado por Rizos et al.¹¹, quienes en un estudio multicéntrico realizado entre 2010 y 2011 encontraron que el 5% de los pacientes incluidos tenían fibrilación auricular silente, siendo diagnosticados al momento del estudio. La diferencia entre ambos trabajos radica en que en nuestro trabajo se empleó el electrocardiograma al ingreso (hora cero) del servicio de urgencias, así como a las 12 y las 24 horas como herramienta diagnóstica mientras que el trabajo realizado por Rizos basó su diagnóstico en el uso del ECG Holter. Si bien

los trabajos de Rizos¹¹ e Hirano¹² encontraron superioridad en la monitorización con estudio Holter para detectar arritmias cardíacas el nuestro pone de manifiesto que un seguimiento continuo con monitorización cardíaca y toma de ECG seriados puede ser también efectivo para identificar la FA silente.

Un punto importante para considerar es el tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas neurológicos y el arribo al servicio de urgencias, nuestro trabajo encontró que el 100% de los pacientes acudieron fuera del periodo de ventana terapéutica para trombólisis, predominando el periodo de 5 a 8 horas posteriores al inicio de síntomas con un 57.1%. Como parte de la evaluación inicial se realizó una evaluación clínica a través del NIHSS score, encontrando que el 1.79% de los pacientes corresponde a un déficit leve con un score NIHSS de 2 - 5 puntos, 64.24% ($n= 36$) de los pacientes obtuvieron un NIHSS score de 6 - 15 puntos, traduciendo un déficit motor moderado, 5.36% de los pacientes obtuvieron un score NIHSS de entre 16 - 20 puntos (déficit severo) y un 28.57% ($n= 16$) presentaron un déficit motor Grave, con un NIHSS score de >20 puntos. En términos terapéuticos, estos hallazgos en el NIHSS score en conjunto con el tiempo de inicio de síntomas y su arribo al servicio de urgencias se traduce en contraindicación para terapia fibrinolítica. Condicionando a su vez, mayor riesgo de secuelas graves.

No menos importante es comentar que en este trabajo la prevalencia en función del sexo de los pacientes no tuvo diferencias significativas, hecho que no respalda la idea de que el género de un paciente tiene un impacto significativo en la probabilidad de tener un diagnóstico previo de FA en el contexto de EVC isquémico en esta población específica. Respecto a la prevalencia en función de la edad, se encontró predominio en aquellos pacientes entre 60 - 69 años, lo que coincide con lo reportado en la literatura mundial.

Finalmente, un estudio realizado en el año 2012¹⁷, buscó identificar los factores cardiovasculares con mayor importancia para el desarrollo de FA, concluyendo que la HAS era el factor cardiovascular más frecuente relacionado con la prevalencia de FA. En este tenor, los resultados obtenidos en este trabajo no distan de lo ya reportado pues el 76% de los pacientes estudiados tenían como comorbilidad asociada a la presencia de la FA a la HAS.

CONCLUSIÓN

En aquellos pacientes con EVC isquémico y a los pacientes con hipertensión arterial sistémica se deberán practicar EKG seriados o Holter de 72 horas por lo mínimo, para identificar FA en diferentes puntos de su evolución del tiempo, para con ello otorgar un tratamiento oportuno y evitar nuevos o repetidos eventos cerebrales isquémicos.

REFERENCIAS

1. Fonseca AC, Merwick A, Dennis M, et al. (2021) European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *Eur Stroke J* 6(2): 163-186. Doi:[10.1177/2396987321992905](https://doi.org/10.1177/2396987321992905)
2. Jauch EC, Saber JL, Adams HP, et al. (2013) Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 44(3): 870-947. Doi:[10.1161/STR.0b013e318284056a](https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a)
3. Griffin B, Topol EJ. (2006) *Cardiología de bolsillo*. Ed. Marbán; Madrid. Capítulo: Fibrilación auricular:284-291.
4. Steven, G. (2014) *Tintinalli Manual de Medicina de Urgencias*. 7ma Edición. McGRAW-HILL. Cap 141: 691-705.
5. Secretaría de Salud. (2021) Panorama epidemiológico 2018 de enfermedades no transmisibles. Dirección General de Epidemiología. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-mexico-269304>
6. Chung JW, Park SH, Kim N, et al. (2014) Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification and vascular territory of ischemic stroke lesions diagnosed by diffusion-weighted imaging. *J Am Heart Assoc* 11;3(4):e001119 doi:[10.1161/JAHA.114.001119](https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001119)
7. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortes M, Guadarrama-Ortiz P. (2019). Ischemic cerebrovascular disease: extensive review of the literature for the first contact physician. *Med Int Méx*.35 (1): 61-79 Doi:[10.24245/mim.vv35i1.2212](https://doi.org/10.24245/mim.vv35i1.2212)
8. Coutts S B. Diagnosis and management of transient ischemic attack. (2017) *Continuum (Minneapolis Minn)*. 23(1, Cerebrovascular Disease):82-92. Doi:[10.1212/](https://doi.org/10.1212/)

- [con.0000000000000424](#)
9. Zhelev Z, Walker G, Henschke N, et al. (2019) Prehospital stroke scales as screening tools for early identification of stroke and transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev* 4(4):CD011427. Doi:[10.1002/14651858.cd011427.pub2](#).
 10. Ramírez-Alvarado G, Téllez-Alanís B. (2016) Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en México: Ausencia de registro de las secuelas cognitivas. *Rev Mex Neuroci.* 17(2) :59-70.
 11. Rizos T, Guntner J, Jenetzkt E, Marquardt L, reichardt C, Becker R, Reinhardt R, Hepp T, Kirchhof P, Aleynichenko E. Continuous stroke unit electrocardiographic monitoring versus 24-hour Holter electrocardiography for detection of paroxysmal atrial fibrillation after Stroke. 2012 Oct; 43(10) : 2689-94. Doi: [10.1161 /STROKEAHA.112.654954](#).
 12. Hirano K, Yamashita T, Suzuki S, et al. Relationship between 24-h Holter recordings and clinical outcomes in patients with permanent atrial fibrillation. *J Cardiol.* 2012; 60:42-46.
 13. Jabaudon D, Sztajzel J. Usefulness of ambulatory 7-day ECG monitoring for the detection of atrial fibrillation and flutter after acute stroke and transient ischemic attack. *Stroke* 2004; 35:1647-1651
 14. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, et al. (2011) Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ* 342:d124 Doi:[10.1136/bmj.d124](#).
 15. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Eur Heart J* 42(5):373-498. Doi:[10.1093/eurheartj/ehaa612](#)
 16. Pérez-Copete J, Esteve-Pastor MA, Roldán V, et al (2016) Thromboembolic and bleeding risk scores in atrial fibrillation. *Rev Esp Cardiol Supl.*16(A) :25-32 Doi: [10.1016/S1131-3587\(16\)30011-5](#)
 17. Cantú Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Murillo-Bonilla LM, et al (2011) The first Mexican multicenter register on ischaemic stroke (the PREMIER study): demographics, risk factors and outcome. *Int J Stroke* 6(1):93-94. Doi:[10.1111/j.1747-4949.2010.00549.x](#).

Citar como: López Yong AR, López Ralón O, Balcázar Rincón LE, Galdámez De la Cruz JJ, Chavarría Olarte ME. Prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con Evento Vascular Cerebral isquémico atendidos en el servicio de Urgencias.. *AMU.* 2024;3(2):55-61. Doi: [10.31644/AMU.V03.N02.2024.A07](#)

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN LA UMF NO. 13 DEL IMSS DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Orduña Sánchez, Luisa María^{1*}; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Médico Especialista en Medicina familiar, Hospital General de Zona con Medicina familiar No. 32, IMSS, Minatitlán; Veracruz.
- 2 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- 3 Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

* Autor de correspondencia: umqbalcazar@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años, la satisfacción del paciente se ha incorporado como una variable a considerar en la estimación de la calidad de los servicios de salud, considerando no solo las actitudes de los pacientes sino también de los profesionales de la salud, así como las interacciones entre ellos.

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la clínica UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo. Se realizó en pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar de la UMF 13 con una muestra de 383 derechohabientes elegidos aleatoriamente. La herramienta de recolección de datos fue el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire en la versión de 9 ítems que tiene un alfa de Cronbach de 0.95. El análisis estadístico contempló estadística descriptiva y analítica con Chi Cuadrada de Pearson, considerando una $p \leq 0.05$ como significativo.

Resultados: El 77% de los encuestados afirmó estar satisfecho con la atención médica recibida. La edad, el género, la escolaridad y la ocupación del paciente influyeron en la satisfacción de la atención recibida ($p < 0.001$).

Conclusión: Un porcentaje alto de la población derechohabiente se encuentra satisfecha con la atención médica recibida, fenómeno observado en otros estudios tanto nacionales como internacionales realizados en unidades de primer nivel. Estos resultados podrían ser considerados un indicador indirecto de una atención brindada con calidad, sin embargo, es necesario realizar estudios adicionales para comprobarlo.

Palabras Clave: Satisfacción, pacientes, atención médica, médico familiar, cuestionario PDRQ-9.

PATIENTS' SATISFACTION WITH THE MEDICAL CARE PROVIDED AT THE UMF NO. 13 OF THE IMSS OF TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Orduña Sánchez, Luisa María^{1*}; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Médico Especialista en Medicina familiar, Hospital General de Zona con Medicina familiar No. 32, IMSS, Minatitlán; Veracruz.
- 2 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- 3 Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

* Corresponding author: umqbalcazar@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: In recent years, patient satisfaction has been incorporated as a variable to consider in the estimation of the quality of health services, taking into account not only the attitudes of patients but also those of health professionals, as well as the interactions between them.

Objective: To determine the level of patient satisfaction with the medical care received at the UMF No. 13 clinic of the IMSS in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Materials and methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional, and prospective study was conducted. The study included patients who attended the family medicine consultation at UMF 13, with a sample of 383 randomly selected beneficiaries. The data collection instrument was the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), which has a Cronbach's alpha of 0.95. The statistical analysis included descriptive and analytical statistics using Pearson's Chi-Square test, considering $p \leq 0.05$ as significant.

Results: 77% of respondents reported being satisfied with the medical care received. Age, gender, education level, and occupation of the patient influenced the satisfaction with the care received ($p < 0.001$).

Conclusions: A high percentage of the beneficiary population is satisfied with the medical care received, a phenomenon observed in other national and international studies conducted in primary care units. These results could be considered an indirect indicator of quality care; however, additional studies are needed to confirm this.

Key Words: Satisfaction, patients, medical care, family physician, PDRQ-9 questionnaire.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios son temas difíciles de abordar debido a los diferentes elementos que las constituyen.

La calidad en salud es un concepto abstracto y subjetivo, que varía según las expectativas del paciente y se encuentra influenciado por diversos factores. Donabedian considerado como el fundador del concepto de calidad la definió como la capacidad que los servicios de salud tienen para proporcionar y otorgar mayores beneficios con disminución de riesgo para el usuario ¹.

En el pasado, la satisfacción se evaluaba comparando únicamente las expectativas del usuario con los resultados proporcionados por el servicio médico. Actualmente, se considera que la evaluación de la satisfacción abarca el proceso de atención en su totalidad, incluyendo la relación interpersonal (médico-paciente), el contenido y las acciones de la consulta médica, así como su duración y el diagnóstico emitido².

El significado de satisfacción de la Real Academia de la Lengua Española hace alusión a lo que es cómodo o próspero, en otras palabras, sentirse complacido o sencillamente contento. Sin embargo, este significado de satisfacción es muy limitado y carece de un contexto teórico ³.

Los niveles de satisfacción se experimentan posterior a que se realice o se adquiera un producto o servicio, en 3 niveles, que a continuación se describen⁴:

- a) Insatisfacción: Se produce cuando el desempeño aportado por el servicio no alcanza las expectativas del derechohabiente.
- b) Satisfacción: Se produce cuando el desempeño aportado por el servicio coincide con las expectativas del derechohabiente.
- c) Complacencia: Se produce cuando el desempeño aportado por el servicio excede

a las expectativas del derechohabiente.

El grado de satisfacción se determina con base en los requerimientos de cada usuario. En este sentido, la satisfacción de cada individuo en el ámbito hospitalario es de gran interés y preocupación tanto para el derechohabiente como para el personal médico y administrativo de la institución. Esto se debe a que el grado de satisfacción resultante de la atención recibida influye en la confianza, lealtad y aceptabilidad de los servicios de salud ⁵.

De lo anterior se desprende que los factores que influyen en la satisfacción se agrupan según el derechohabiente y los criterios que este utiliza para medirla. Entre los factores más importantes se encuentran la madurez y la experiencia del usuario, entendidas como el desarrollo físico completo y la percepción positiva o negativa hacia el servicio recibido ⁶.

Otros aspectos relevantes para la satisfacción del usuario incluyen: la ubicación del establecimiento, la decoración, la capacitación del personal, la higiene y limpieza, así como el trato cordial^{7, 8}. Y no debemos olvidar las características del paciente, entre las que se incluyen: la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos ⁸.

Es por esto por lo que surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la clínica UMF 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas? Siendo necesario para responderla, determinar la satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida, en la búsqueda de la mejora constante de los procesos de atención, con el fin de mejorar la calidad y brindar una mejor atención de los derechohabientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la clínica UMF 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se realizó en pacientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS. La muestra estuvo constituida por 383 derechohabientes elegidos aleatoriamente que cumplieron con los criterios de selección del estudio.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Las variables de estudio fueron sexo, edad, escolaridad, ocupación y grado de satisfacción con la atención recibida. Para conocer el grado de satisfacción se utilizó el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) que tiene una consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.95 y nos permitió cuantificar la opinión del paciente respecto a la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento instaurado⁹.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva utilizando frecuencias y proporciones de las variables cualitativas, en las cuantitativas media y desviación estándar. Se incluyó estadística no paramétrica mediante la prueba de Chi Cuadrada de Pearson, considerando una $p \leq 0.05$ como significativa. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 22.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de investigación fue aprobado por los Comités de Investigación y ética en Investigación de la unidad y todos los pacientes que aceptaron participar dieron su consentimiento por escrito.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres (64%), con una edad mínima de 18 años y una máxima de 86 años, con una media de edad de 42.20 ($de = + 15.72$), predominando el grupo etario de 27 a 35 años (21.8%). Con respecto a la escolaridad, se observó que el 33.7% de la población de estudio presentó un grado

de estudios correspondiente a licenciatura. Así mismo, se observó que más del 50% de la población (54.5%), correspondiente a 210 pacientes, son trabajadores activos, mientras que 31.43% (121) se dedica al hogar y 8% (31) son pensionados/as. Los resultados obtenidos al explorar las características sociodemográficas pueden observarse en la *Tabla 1*.

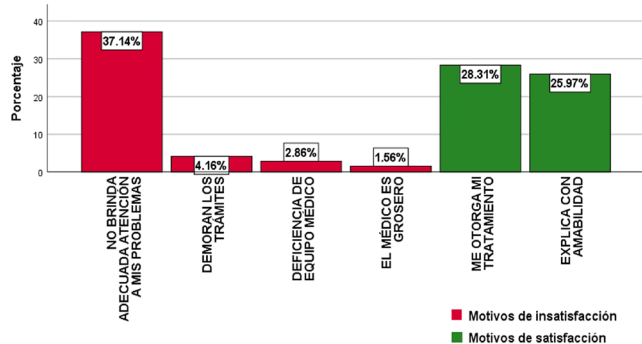
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población usuaria de la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas

Variable	n	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	138	35.84
Mujer	247	64.16
<i>Grupo etario</i>		
18 - 26	67	17.40
27 - 35	84	21.82
36 - 44	81	21.04
45 - 52	40	10.39
53 - 60	71	18.44
> 60	42	10.91
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	108	28.05
Secundaria	68	17.66
Bachillerato	79	20.52
Licenciatura	130	33.77
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	20	5.19
Hogar	121	31.43
Pensionado/a	31	8.05
Empleado/a	210	54.55
Trabajador IMSS	3	0.78

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

En la *Figura 1*, podemos observar los motivos principales de satisfacción o insatisfacción de los derechohabientes con respecto a la atención recibida por su médico, destacando “*El médico no brinda adecuada atención a mis problemas*” con 37.14%.

Figura 2. Motivos principales de satisfacción o e insatisfacción en derechohabientes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

En la *Tabla 2* es posible apreciar los resultados obtenidos de la aplicación del PDRQ-9, en esta encontramos que 77% de la población se encuentra en las categorías de complacido/a o satisfecho/a, en contraste con el 23% que se siente insatisfecho en cuanto a su relación médico-paciente (comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento instaurado). El rubro que presentó mayor insatisfacción fue el no. 2, “*Mi médico tiene suficiente tiempo para mí*”, con 32.5% (125), por otro lado, el rubro que se encontró con mayor número de respuestas de satisfacción (satisfecho/a o complacido/a), fue el no. 7, “*Puedo hablar con mi médico*”, con 210 pacientes correspondientes a 80.5%.

Tabla 2. Resultados de aplicación de PDRQ-9 a derechohabientes de UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas

Item	Complacido/a		Satisfecho/a		Insatisfecho/a	
	n	%	n	%	n	%
Mi médico me ayuda	129	33.50	160	41.60	96	24.90
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	123	31.90	137	35.60	125	32.50
Creo en mi médico	148	38.40	151	39.20	86	22.30
Mi médico me entiende	150	39.00	146	37.90	89	23.10
Mi médico se dedica a ayudar-me	141	36.60	158	41.00	86	22.30
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	155	40.60	149	39.00	78	20.40
Puedo hablar con mi médico	154	40.00	156	40.50	75	19.50
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	155	40.30	145	37.70	85	22.10
Siento a mi médico fácilmente accesible	140	36.40	158	41.00	87	22.60

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

En la *Tabla 3*, se observa el promedio obtenido de la aplicación del PDRQ-9, se presenta la media y el porcentaje por variable de las tres categorías (Complacido/a, Satisfecho/a, Insatisfecho/a), comparando con las diferentes variables sociodemográficas analizadas (sexo,

grupo etario, escolaridad y ocupación), un mayor porcentaje de insatisfacción en hombres (30.20%), con edades entre 36 y 44 años (32.51%), con niveles de estudio superior (38.80%), pensionados/as y empleados/as activos/as, con 35.48% y 34.18% respectivamente.

Tabla 3. Comparación de promedio de resultados de PDRQ y variables sociodemográficas

Item	Complacido/a		Satisfecho/a		Insatisfecho/a	
	\bar{x}	% por variable	\bar{x}	% por variable	\bar{x}	% por variable
<i>Sexo</i>						
Hombre	50.56	36.64	45.44	32.93	41.67	30.20
Mujer	93.33	37.79	105.67	42.78	48	19.43
<i>Grupo etario</i>						
18 - 26	26	38.81	21.89	32.67	19.11	28.52
27 - 35	48.33	57.54	12	14.29	23.67	28.18
36 - 44	12.44	15.36	41.89	51.72	26.33	32.51
45 - 52	25.78	64.45	10.67	26.68	3.56	8.90
53 - 60	23.22	32.70	31.22	43.97	16.56	23.32
> 60	8.11	19.31	33.44	79.62	0.44	1.05
<i>Escolaridad</i>						
Primaria	15.44	14.30	69.89	64.71	22.67	20.99
Secundaria	22.56	33.18	40.56	59.65	4.89	7.19
Bachillerato	42.22	53.44	25.11	31.78	11.67	14.77
Licenciatura	63.67	48.98	15.56	11.97	50.44	38.80
<i>Ocupación</i>						
Estudiante	19	95.00	1	5.00	0	0.00
Hogar	37	30.58	78.11	64.55	5.89	4.87
Pensionado/a	0	0.00	20	64.52	11	35.48
Empleado/a	87.11	41.48	50.78	24.18	71.78	34.18
Trabajador IMSS	0.78	26.00	1.22	40.67	1	33.33

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Con respecto al grupo etario, se observaron valores de significancia estadística en todos los reactivos ($p < 0.01$), en 7 de las 9 preguntas del PDRQ-9 (no. 1, 2, 4, 6, 7, 8 y 9), se observó una mayor insatisfacción en el grupo etario de 36 a 44 años, mientras que el de las dos preguntas restantes (no. 3 y 5), se observó mayor insatisfacción en el grupo de 27 a 35 años.

En el caso de la escolaridad y ocupación también se observaron valores de significancia estadística en todos los reactivos ($p < 0.01$), demostrando una dependencia entre el grado

de escolaridad y la satisfacción/insatisfacción del paciente, siendo los pacientes con mayor grado de estudios (licenciatura) los más insatisfechos, mientras que los pacientes con trabajo activo (empleados/as) y pensionados/as, fueron los menos satisfechos.

DISCUSIÓN

La carga de trabajo en las unidades de primer nivel es alta y tiene un flujo constante porque representan la primera opción de atención para la gran mayoría de pacientes que buscan una solución a sus problemas de salud. Esto ocasiona que los médicos de las unidades de

medicina familiar dediquen cantidades de tiempo reducidas a la consulta médica dando así una percepción al usuario de una atención deficiente ¹⁰.

El objetivo general del presente estudio fue determinar el grado de satisfacción de la atención médica percibida por los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

Pero estudiar el nivel de satisfacción de la atención medica no es fácil pues puede depender de diversos factores entre los que encontramos a los étnicos, los culturales, el desarrollo tecnológico de cada país y desde luego el tiempo que se dedica a la consulta a cada paciente ¹¹⁻¹³.

Como podemos observar el estudio de la satisfacción de los usuarios de las unidades de primer nivel no es algo nuevo. En este sentido estudios realizados en América Latina en países como Brasil ¹⁴ y Perú ¹⁵ ponen de manifiesto un porcentaje alto de satisfacción con un 79% y 74.6% respectivamente. Un caso digno de mencionar es el de Sudáfrica ¹⁶ donde un estudio realizado en el año 2017 reporta una satisfacción con la Atención recibida en el primer nivel del 90%.

Por su parte estudios realizados en México reportan resultados similares, como el trabajo de Ortiz y cols¹⁸., que en un estudio realizado en instituciones de salud de Hidalgo obtuvieron el 71,37% de satisfacción percibida por los usuarios. Por su parte Guzmán y cols ¹⁷, en un estudio realizado en una unidad de primer nivel del IMSS reportan que el 75% de sus encuestados perciben la atención recibida como suficiente o excelente.

Todos estos resultados coinciden con lo encontrado en esta investigación donde el 77% de la población encuestada se encuentra en las categorías de complacido(a) o satisfecho(a). Estos resultados tan similares podrían explicarse debido a que la población latinoamericana comparte rasgos culturales que podrían influir en la percepción de la satisfacción con la atención. Sin embargo,

faltó indagar acerca de estos factores que pueden contribuir en la percepción del usuario y que pudiera proporcionar una visión más directa de la situación que vivimos en nuestra unidad.

Estudios como el de Vázquez y cols. ¹⁰, realizado en Puebla, México demostró asociación entre el sexo femenino y la formación académica siendo mayor en aquellas personas con niveles de escolaridad más bajos. Si bien el estudio de Vázquez ¹⁰ se realizó en una unidad de primer nivel de características similares a la nuestra y con un tamaño de muestra parecido (383 en nuestro trabajo vs 395 en el trabajo de Vázquez y cols.) existen una diferencia importante en cuanto a la formación académica y la satisfacción pues nuestro trabajo encontró que la satisfacción era mayor en el grupo con escolaridad media superior. Respecto al sexo ambos trabajos coinciden en que el sexo femenino es el que demostró mayor grado de satisfacción. Y finalmente, pero no menos importantes los niveles de satisfacción fueron mayores en nuestro trabajo (65 % vs 77%).

Otro punto a considerar es la insatisfacción por grupo de edad, Vázquez y su equipo¹⁰, observaron que el mayor porcentaje de insatisfacción se encontró en el grupo etario de 21 a 30 años en un 48%, por nuestra parte el grupo de edad con mayor insatisfacción fue el de 36 a 44 años, con un porcentaje de 32.5%

CONCLUSIONES

Resulta evidente que gran parte de la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familia No. 13, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas se encuentra satisfecha con la atención médica brindada, pues 77% afirmó estar complacido o satisfecho con la misma, resultados que además se encuentran en el rango observado en otros estudios tanto nacionales como internacionales, esto nos permite concluir que contrario a lo planteado por nuestra hipótesis general, existe un alto grado de satisfacción en los derechohabientes.

REFERENCIAS

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. 1980;163. Disponible en: https://books.google.com/books/about/The_Definition_of_Quality_and_Ap_proaches.html?hl=es&id=OFFrAAAAAMAAJ
2. Espinosa Santiago JW, Victorio Diaz V, Moreno Madrigal H. Estudio de la satisfacción del usuario de la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. II del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1994.
3. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario | RAE - ASALE [Internet]. 23rd ed. 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
4. Portocarrero Núñez AM. La calidad de servicio del área de operaciones y su influencia en la satisfacción de los socios de la Cooperativa de Ahorro y Crédito León XIII - Oficina principal Trujillo 2015 [Internet]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2016. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5289/portocarreronez_ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Corbella S. La garantía de la calidad en la atención primaria de salud. 1st ed. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1990.
6. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Med Intensiva [Internet]. 2015;39(1):4-12. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-medicion-satisfaccionpacientes-ingresados-unidad-articulo-S0210569114000138>
7. Watzlawick, P., Beavi, J., Jackson, D. Teoría de La Comunicación Humana. Barcelona: Herder; 1991
8. Fernández Malaspina JF. Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico (HMG) [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1818>
9. Martín-Fernández, J., Del Cura-González, M., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G., Moreno-Jiménez, B. Satisfacción Del Paciente Con La Relación Con Su Médico de Familia: Un Estudio Con El Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Atención Primaria, 2010 42(4):196-203. Doi: [10.1016/J.APRIM.2009.09.026](https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2009.09.026).
10. Vázquez-Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López AM, Montiel-Jarquín AJ, Gutiérrez-Gabriel I, Romero-Figueroa MS, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev Salud Pública 2018; 20(2):254-257 Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.61652>
11. Torres-Reyes ED, Carranza-Guzmán FJ, Tamez-Rodríguez AR et al. Correlación entre tiempo consulta y satisfacción del paciente en primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):759-66. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10064307>
12. Real-Delor RE. Satisfacción con la atención y la calidad de vida de los usuarios de una Unidad de Salud Familiar de Paraguay en 2022. Rev. salud publica Parag. 2023;13(1):27-34 Doi: <https://doi.org/10.18004/rsp.2023.abril.04>
13. Fenton JJ, Jerant A, Kravitz RL, Bertakis KD, Tancredi DJ, Magnan EM, et al. Reliability of Physician-Level Measures of Patient Experience in Primary Care. J Gen Intern Med. 2017;32(12):1323-9. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4175-y>
14. Protasio APL, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. Cad Saude Publica. 2017;33(2):e00184715. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184715>
15. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendeuz-Quispe G. Satisfacción del usuario externos con la atención en establecimientos de Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Peru Med Ex Salud Publica. 2019;36(4):620-8. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4515>
16. Nunu WN, Munyewende PO. Patient satisfaction with nursedelivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study. African J Prim Heal Care Fam Med. 2017;9(1):1-8. Doi: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1262>
17. Guzmán, M., Ramos, L., Castañeda, O., López, D., Gómez, A. Satisfacción de Los Usuarios de Una Unidad de Medicina Familiar. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2006 44(1):39-45.
18. Ortiz R., Muñoz S., Lechuga D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según opinión de los usuarios. Revista Panamericana de Salud Pública. 2003; 13 (4): 229- 238. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892003000300005

Citar como: Orduña Sánchez LM, Balcázar Rincón LE, Ramírez Alcántara YL. Satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida en la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas. AMU. 2024;3(2):62-69. Doi: [10.31644/AMU.V03.N02.2024.A08](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N02.2024.A08).

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, SEXUAL Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA NO. 7 DEL ESTADO EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Gutiérrez Palacios, Jair M.¹; Manzo Morales, Roberto C.²; Ruiz Lievano, Ana P.^{2}; Zavala Hernández, Karla B.²*

1 Estudiante de 4° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH

2 Estudiante de 5° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH

* Autor de correspondencia: Ana.ruiz02@unach.mx

RESUMEN

Introducción: Se realizó una investigación sobre el análisis del conocimiento en salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en alumnos de la preparatoria No. 7 del estado. Se analizó el conocimiento en salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en alumnos de sexto semestre de la preparatoria No. 7.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación de carácter cualitativa no experimental, de campo, prospectiva, transversal en alumnos de sexto semestre de la preparatoria No. 7; en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el periodo enero-mayo 2024. Se empleó un cuestionario creado en la plataforma virtual Google forms; se utilizaron principalmente gráficas de barra y pastel para representar la distribución de las respuestas en forma de porcentajes

Resultados: De acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta, dos terceras partes de los encuestados dicen tener conocimientos sobre la salud reproductiva, los derechos sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. En este estudio el cien por ciento de la población femenina ha declarado que no ha estado embarazada.

Conclusiones: Los adolescentes mostraron un buen conocimiento y uso de anticonceptivos, destacando la efectividad de su educación sexual. Ninguna adolescente reportó embarazo, pero la sensibilidad del tema podría influir en las respuestas. Es clave seguir promoviendo una educación sexual integral.

Palabras Clave: Salud reproductiva; Salud sexual; Métodos anticonceptivos; Embarazo adolescente.

KNOWLEDGE ABOUT REPRODUCTIVE, SEXUAL HEALTH AND ADOLESCENT PREGNANCY IN STUDENTS OF HIGH SCHOOL NO. 7 OF THE STATE IN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Gutiérrez Palacios, Jair M.¹; Manzo Morales, Roberto C.²; Ruiz Lievano, Ana P.^{2}; Zavala Hernández, Karla B.²*

1 Estudiante de 4° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH

2 Estudiante de 5° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH

* Corresponding author: Ana.ruizo2@unach.mx

ABSTRACT

Introduction: This research aimed to analyze the knowledge of reproductive health, sexual health, and adolescent pregnancy among students in the 7th high school of the state. The study focused on the knowledge of reproductive health, sexual health, and adolescent pregnancy among sixth-semester students of the 7th high school.

Materials and methods: A non-experimental, field, prospective, cross-sectional qualitative research was conducted among sixth-semester students of the 7th high school in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, from January to May 2024. A questionnaire created on the Google Forms platform was used; bar and pie charts were primarily employed to represent the distribution of responses in percentages.

Results: According to the survey results, two-thirds of the respondents reported having knowledge of reproductive health, sexual rights, and contraceptive methods. In this study, 100% of the female population declared that they had not been pregnant.

Conclusions: Adolescents demonstrated a good understanding and use of contraceptives, highlighting the effectiveness of their sexual education. No adolescent reported pregnancy, but the sensitivity of the topic might influence the responses. It is crucial to continue promoting comprehensive sexual education.

Key Words: Reproductive health; Sexual health; Contraceptive methods; Adolescent pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial en la vida del ser humano, es en esta fase en donde ocurre una transición de la niñez a la adultez y es caracterizada por cambios físicos y psicológicos además de psicosociales ¹. La adolescencia va desde los 10 hasta los 19 años ². La vulnerabilidad que representa esta etapa predispone riesgos como el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual, solo por nombrar algunas. El embarazo adolescente es aquel que se da entre los 10 y los 19 años. Para la OMS este es un fenómeno a nivel mundial con causas y consecuencias conocidas además de ser considerado un problema de salud pública ³.

La sexualidad es una parte fundamental del ser humano y con ella dos conceptos ampliamente ligados: la salud sexual y la salud reproductiva. La sexualidad se entiende como una construcción social que se relaciona con múltiples condiciones como el sexo, las identidades, los roles de género, la orientación sexual, etc. Esta a su vez puede o no incluir ciertas dimensiones además de que pueden o no ser expresadas. La sexualidad abarca factores como la cultura, la economía, los usos y costumbres, la educación, la política, etc. Es entonces que se entiende como un concepto multifacético que engloba más de una dimensión ^{4,5}.

Para la salud reproductiva tenemos que es un *“estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias que se relacionan con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”*, esta incluye la asistencia prenatal, durante el parto y puerperal, la orientación y suministro de métodos anticonceptivos, el tratamiento de la esterilidad y los servicios de aborto seguro. Esta brinda el acceso a la información de manera segura además de ofrecer servicios integrales de salud para mujeres y hombres ^{4,5}.

En cuanto a la salud sexual, la OMS la define

como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de la enfermedad, disfunción o malestar. Esta requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de discriminación y violencia...etc.”* Se entenderá que se relaciona con ciertos aspectos como los intelectuales, sociales y culturales. Estas a su vez ayudan a enriquecer la formación del individuo como persona para su completa recreación. Es la capacidad de vinculación de manera afectiva, respetuosa, sin violencia ni discriminación ^{4,5}.

Para el año 2019 a nivel mundial la OMS registro 21 millones de embarazos al año entre las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo ³. Para 2023 se tuvo el registro de 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres, sin embargo, estos números son diferentes para cada región o país. Para México en 2021 el INEGI registro 147,279 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años, y en menores de 15 años, 3019 ⁶. Para Chiapas, la ENADID 2018 lo sitúa como el estado con la mayor tasa de fecundidad a nivel nacional. Según datos de GEPEA y el consejo nacional de población, se registraron 595.5 embarazos por cada 10 mil mujeres en dicho rango de edad en la entidad ^{7,8}.

La salud sexual y reproductiva sirven como indicadores de salud además de tener un estrecho lazo con los índices de desarrollo humano ⁹. Son conocidos los factores que tienen influencia sobre los embarazos adolescentes, los métodos de planificación familiar y el conocimiento sobre las ETS y uno de los más importantes es la educación. Se sabe que un bajo nivel de escolaridad, fracaso escolar o abandono en los estudios se asocia con menor conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos, menor planeación de la primera relación sexual e inicio de la vida sexual ^{10,11}.

El contexto escolar es crucial para el

desarrollo de nuevos conocimientos, es aquí donde muchas de las ideas sobre sexualidad y el mundo que gira en torno a esta se adquieren. Para esto, se ha documentado que los adolescentes tienen información fragmentada o parcial en relación con su propia sexualidad¹². Las relaciones personales, sociales e institucionales son clave para el entorno del adolescente y que este pueda acceder a la información sin dificultades de manera que se tenga un acceso oportuno y eficaz además de continuo a los servicios de salud y a los métodos de planificación familiar.

En México se han implementado estrategias para reducir el embarazo adolescente; el programa de acción específico (PAE) tiene como objetivo a través del acceso a la información contribuir a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos servicios se orientan principalmente a la prevención, educación, promoción y parte de la formación integral de las personas. La educación sexual es considerada una de las necesidades sociales para la integración de una forma creativa para el ejercicio responsable de su sexualidad¹. Una disminución en el rezago educativo; el acceso a educación sexual integra y completa, con enfoques tradicionales, con intervenciones de promoción de anticoncepción y desde donde exista una intervención ligada al ámbito clínico, escolar y comunitario son solo algunas de las estrategias que se implementan para el control dentro de la comunidad y la prevención de los embarazos en adolescentes^{11, 13}.

Así pues, se pretende analizar el conocimiento en salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en alumnos de sexto semestre de la preparatoria No. 7; en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el periodo enero-mayo 2024. Además del análisis del conocimiento también se identificar si los alumnos conocen los métodos anticonceptivos; Saber cuántos alumnos utilizan métodos anticonceptivos y

finalmente conocer cuántos alumnos han tenido embarazos no planeados.

La investigación en torno a la salud reproductiva, sexual y sobre embarazos en adolescentes es esencial para abordar las necesidades de información y educación como para promover su bienestar y autonomía en la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de carácter cualitativa no experimental, de campo, prospectiva y transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio constó de estudiantes de la Preparatoria del Estado No. 7. La muestra comprendió 61 estudiantes seleccionados a partir del cumplimiento de criterios de inclusión y de exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estudiante de la institución, con edades de entre 15 y 19 años, quienes se encontraban cursando el sexto semestre en el área de químicos-biólogos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estudiantes que se negaran a participar o no cumplieren con los criterios de inclusión antes planteados.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios incompletos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario digital, compuesto por 11 preguntas de opción múltiple, además de dos reactivos adicionales para recabar información sobre la edad y la religión. El cuestionario se implementó a través de Google Forms®, y se compartió con los participantes mediante un enlace. Los encuestados

completaron las preguntas en sus teléfonos móviles, dentro del aula de clases, disponiendo de 10 minutos para finalizar la encuesta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de los datos recopilados, se emplearon medidas descriptivas con el objetivo de resumir y presentar la información obtenida a través del cuestionario aplicado a los estudiantes. Se calcularon frecuencias y porcentajes para representar la distribución de las respuestas, lo que permitió una interpretación clara y precisa de los resultados. Esta aproximación facilitó la identificación de patrones y tendencias en el conocimiento y comportamiento de los participantes.

RESULTADOS

A partir de las respuestas obtenidas, se determinó que el 70.5% (43) de los participantes eran mujeres, mientras que el 29.5% (18) eran hombres. El 100% (61) de los encuestados afirmó conocer el concepto de salud reproductiva; sin embargo, solo el 60.7% (37) informó tener conocimiento sobre los derechos de los adolescentes en esta área, mientras que el 39.3% (24) manifestó desconocer dichos derechos.

En cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el 96.7% (59) de los adolescentes aseguró estar familiarizado con ellos. Entre los métodos más conocidos se encuentran las píldoras anticonceptivas (95.1%, 58), seguidas por el condón masculino (93.4%, 57), el dispositivo intrauterino (DIU) (90.2%, 55), la vasectomía (82%, 50), el parche anticonceptivo (80.3%, 49) y la oclusión tubárica bilateral (OTB) (63.9%, 39). Otros métodos conocidos incluyen la inyección anticonceptiva (62.3%, 38), el implante subdérmico (57.4%, 35), el coito interrumpido (49.2%, 30), el anillo hormonal (27.9%, 17), los espermicidas (21.3%, 13), el moco cervical (18%, 11), el método del ritmo (14.8%, 9), la temperatura basal (13.1%, 8) y, finalmente, cremas,

espumas o supositorios (9.8%, 6).

En cuanto al uso, el condón masculino fue el método anticonceptivo más empleado (62.3%, 38), seguido de las píldoras anticonceptivas y la anticoncepción de emergencia, ambos con 24.6% (15). El condón femenino fue utilizado por el 9.8% (6).

Respecto a la salud reproductiva, el 100% (61) de los encuestados afirmó conocer las enfermedades de transmisión sexual, el 96.7% (59) estaba informado sobre los métodos anticonceptivos, y el 86.9% (53) conocía sobre el embarazo adolescente. No obstante, solo el 42.6% (26) tenía conocimiento sobre planificación familiar.

El 83.6% (51) de los participantes señaló no haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 16.4% (10) restante indicó haberlas tenido. En cuanto al impacto de sus conocimientos, el 70.5% (43) afirmó que la información que poseen les ha ayudado a evitar conductas de riesgo, mientras que el 28% (18) señaló que no comprenden completamente los conocimientos adquiridos sobre salud reproductiva.

Finalmente, el 100% (61) de las respuestas indicó que ninguna alumna ha estado embarazada ni ningún alumno ha embarazado a alguien.

DISCUSIÓN

Numerosos estudios realizados en distintas áreas geográficas del país han demostrado que la mayoría de los adolescentes en educación media superior carecen de los conocimientos necesarios para mantener una vida sexual saludable.

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

En un estudio realizado en la Ciudad de México y Morelos se encontró que el conocimiento que se puede tener sobre salud

reproductiva, salud sexual y embarazos están estrechamente vinculados con que las personas tengan un nivel escolar bajo, especialmente las mujeres, en donde se mencionan otros factores que influyen sobre la información que poseen: estar en condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables, con convicciones religiosas, con creencias y mitos interiorizados, con prejuicios en torno a ciertos métodos anticonceptivos, etc. Específicamente en el caso de las adolescentes mujeres este conocimiento se ve afectado por que puedan tener una pareja de mayor edad, cuando la pareja no consiente el uso de MA, que la decisión del uso de MA sea solo de una parte, casos de violencia intrafamiliar, cuando los familiares tienen creencias culturales y religiosas que desaconsejan el uso de MA¹⁴. En otro estudio realizado se encontró que en la práctica clínica, la información que poseen los adolescentes es insuficiente y en muchos casos contradictoria y equivocada, que con frecuencia se relaciona a mitos y creencias que influyen de manera negativa en aspectos relacionados con su propia sexualidad⁵. Investigaciones previas han revelado que menos de la mitad de los adolescentes en sus respectivas muestras poblacionales saben cómo utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos más comunes, como el condón masculino y femenino. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo por J. Carranza-Madrigal en estudiantes de preparatoria en una comunidad indígena del estado de Michoacán, muestra que el 90% de los jóvenes encuestados desconocen el correcto uso del preservativo¹⁵. En una investigación que informa sobre la autoeficacia en hombres adolescentes y los conocimientos en embarazo adolescente se encontró que los conocimientos con que cuentan son irregulares, poco menos de la mitad sabe del riesgo de embarazo en la primera relación sexual 54.9%, solo una parte conoce el mayor momento de fertilidad del ciclo menstrual 9.8% y cuando se toman las pastillas anticonceptivas¹². El acceso a la atención en salud es trascendental. La

inadecuada preparación de los equipos de salud que atienden adolescentes puede tener cierto grado de dificultad en la trasmisión del mensaje; el manejo difícil de los padres o acompañantes, así como una valoración negativa sobre su sexualidad contribuyen a que el adolescente tenga una atención de menor calidad⁵. En el presente estudio se encontraron ciertas irregularidades pues los alumnos declararon conocer el concepto de salud reproductiva pero poco menos de la mitad conocía los derechos adolescentes sobre la misma sin mencionar que hasta un 28% de estos no entendían la información que ya poseían sobre salud reproductiva.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CONOCIMIENTO Y USO

Para Aracena-Genao et al.¹⁶ los métodos anticonceptivos más populares fueron el condón masculino seguido por el DIU y el implante en adolescentes. En otro estudio realizado en Morelos y Puebla se declara que la autoeficacia del uso del condón se relaciona con el que los padres hablen sobre sexualidad, con el grado de asistir a la escuela, con el nivel socioeconómico y con el grado de marginación. El estudio de María C. Sánchez-Meneses es el más similar a la investigación en términos de resultados, ya que ella y su equipo evaluaron a 120 adolescentes de la Ciudad de México y encontraron que más del 60% tenía conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos, siendo el condón masculino el más utilizado¹⁷. Este hallazgo coincide con la encuesta, donde el 62.3% de los encuestados optó por usar el condón masculino además de ser uno de los más empleados al tener relaciones sexuales, aquí mismo se resalta que la gran mayoría tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

EMBARAZO ADOLESCENTE

En la muestra, dos tercios de los encuestados declararon tener conocimientos sobre salud sexual, derechos sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Además, a diferencia de otros estudios donde se encontró una

proporción pequeña de adolescentes femeninas embarazadas, en la investigación el 100% de las adolescentes femeninas afirmaron no haber estado embarazadas y en el caso de los hombres el haber embarazo a alguien, coincidiendo con la respuesta obtenida sobre el conocimiento en salud reproductiva. Se ha analizado que aquellos adolescentes que tienen conocimientos sobre el riesgo de embarazo se relaciona con que los padres les hablen sobre sexualidad, que los profesores hablen frecuentemente del tema, que se tengan expectativas de estudiar la universidad y un agrado por asistir a la escuela¹². El nivel de conocimiento se verá reflejado en los comportamientos que sigan los adolescentes para la prevención del embarazo, con aumento de la utilización de MA o el desarrollo de la decisión compartida para el uso de los mismos ¹³.

RELACIONES SEXUALES CON PROTECCIÓN

De la población estudiada cerca del 83.6% (51) no ha tenido relaciones sexuales sin protección, estos datos concuerdan con los presentados en un estudio donde se hace mención que los hombres adolescentes saben del momento en el que se deben colocar el condón masculino 67.4%, casi dos terceras partes de los adolescentes se sienten con la capacidad del uso adecuado del mismo y en particular el 32.8% se rehúsan a tener relaciones sexuales sin condón¹². Sin embargo y pese a estas cifras, aun se cuenta con que el 16.4% del presente estudio restante afirma haber tenido relaciones sexuales sin protección.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos revelan un nivel de conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos entre los adolescentes de preparatoria superior a lo esperado, lo que sugiere una educación sexual efectiva, ya sea formal o informal. Sin embargo, es crucial reconocer que este dato positivo se encuentra

enmarcado en un contexto social específico y puede variar según factores como género, nivel socioeconómico y acceso a servicios de salud.

La ausencia de embarazos reportados, aunque alentadora, debe interpretarse con cautela, considerando la posibilidad de subregistro debido a factores como la vergüenza o la falta de acceso a servicios de salud. En este sentido, es fundamental continuar promoviendo una educación sexual integral que aborde no solo los aspectos biológicos, sino también los sociales y emocionales de la sexualidad, y que sea accesible para todos los jóvenes, independientemente de su entorno.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Carta de Ottawa, la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, quienes fueron informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir, los beneficios potenciales y los riesgos involucrados. Se enfatizó el carácter voluntario de la participación y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Los datos recolectados fueron tratados de manera confidencial y anónima, y se almacenaron en un servidor seguro con acceso restringido.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Valencia MEF, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*. 2017;19(3):374-8.
2. Salud del adolescente [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
3. Adolescent pregnancy [Internet]. Disponible en: <https://>

- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
4. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
 5. Montero V A. Sex education as a cornerstone for a healthy teenage sexuality. *Revista médica de Chile*. 2011;139(10):1249–52.
 6. INEGI [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8459>
 7. Disminuye 3.3% el embarazo adolescente en Chiapas [Internet]. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/disminuye-33-el-embarazo-adolescente-en-chiapas>
 8. Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente (GEPEA) | Chiapas [Internet]. Disponible en: <http://seigen.chiapas.gob.mx/gepea>
 9. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) [Internet]. Disponible en: https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA/Que_es_la_ENAPEA
 10. Palomino Pérez LM, Pérez Suárez E, Cabrero Hernández M, de la Cruz Benito A, Cañedo G. Embarazo en adolescentes en los últimos 11 años. Motivos de consulta y factores de riesgo. *Anales de Pediatría*. 2018;89(2):121–122.
 11. Villalobos A, Hubert C, Hernández-Serrato MI, Vara-Salazar E de la, Suárez-López L, Romero-Martínez M, et al. Maternidad en la adolescencia en localidades menores de 100 000 habitantes en las primeras décadas del milenio. *Salud Pública de México*. 2019;61(6, nov-dic):742–52.
 12. Estrada F, Campero L, Suárez-López L, Vara-Salazar E de la, González-Chávez G. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*. 2017;59(5, sep-oct):556–565.
 13. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Atención Primaria*. 2019;51(7):424–34.
 14. Campero L, Romero I, Estrada F, Hubert C, Heredia-Pi IB, Villalobos-Hernández A. *Salud Publica Mex*. 2022;64(4, jul-ago):385–96.
 15. Villa-Paleo MT, Carranza-Madrigal J. Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del estado de Michoacán. *Med Int Mex*. 2018;33(5):580–604.
 16. Aracena-Genao B, Leyva-Flores R, Gutiérrez-Reyes JP. Costo económico de atención de embarazos atribuibles a la falla de la política de prevención del embarazo adolescente en México. *Cad Saúde Pública*. 2022;38:e00109721.
 17. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar* [Internet]. 2015;22(2). Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/47989

Citar como: Gutiérrez Palacios JM, Manzo Morales RC, Ruiz Lievano AP, Zavala Hernández KB, El Conocimiento sobre salud reproductiva, sexual y embarazo adolescente en estudiantes de la Preparatoria No. 7 del estado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.. *AMU*. 2024;3(2):70-77. Doi: [10.31644/AMU.V03.N02.2024.A09](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N02.2024.A09).

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS Y POSMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF NO. 13 DEL IMSS DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Roblero Rincón, Faviola^{1*}; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Médico Especialista en Medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- 2 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- 3 Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

* Autor de correspondencia: umqbalcazar@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La depresión es un trastorno mental que pertenece al apartado denominado trastornos afectivos. La perimenopausia, es un periodo de vulnerabilidad depresiva aumentando su prevalencia hasta en un 40%.

Objetivo: Identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad Médica Familiar (UMF) No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se realizó en 365 mujeres de a 45 a 55 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 13, con diagnóstico de premenopausia, posmenopausia, menopausia o climaterio, para estimar la presencia de depresión se utilizó la escala de depresión de Hamilton. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva e inferencial. Para variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias, para las cuantitativas, medias y desviación estándar. Se utilizó análisis bivariado con Chi cuadrada para diferencia de proporciones.

Resultados: El 46% de las mujeres encuestadas cumplieron con criterios para depresión, 35.6% padece depresión menor y 10.4% depresión mayor. Se demostró asociación con la escolaridad ($p=0.002$), el estado civil ($p=0.006$), ocupación ($p=0.008$) y el número de hijos ($p=0.000$).

Conclusiones: La prevalencia de depresión en las mujeres en periodos de premenopausia y posmenopausia es alta, sin embargo, el cuadro clínico no es debido exclusivamente a los cambios hormonales, sino que existen factores sociodemográficos que pueden influir en la aparición o exacerbación de los síntomas.

Palabras clave: Depresión, perimenopausia, posmenopausia, premenopausia, climaterio, escala de Hamilton.

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PREMENOPAUSAL AND POSTMENOPAUSAL WOMEN ATTENDING THE OUTPATIENT CLINIC OF UMF NO. 13 OF THE IMSS IN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Roblero Rincón, Faviola^{1*}; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara,
Yunis Lourdes³

1 Médico Especialista en Medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

2 Médico Especialista en Urgencias Médicas, Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

3 Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Chiapas.

* Corresponding author: umqbalcazar@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Depression is a mental disorder that belongs to the category of affective disorders. Perimenopause is a period of increased vulnerability to depression, with prevalence rates as high as 40%.

Objective: To identify the prevalence of depression in premenopausal and postmenopausal women attending the outpatient clinic of Family Medical Unit (UMF) No. 13 of the IMSS in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Materials and methods: A descriptive, quantitative, and cross-sectional study was conducted. A total of 365 women aged 45 to 55 years who attended the outpatient clinic of UMF No. 13 with a diagnosis of premenopause, postmenopause, menopause, or climacteric were included. The Hamilton Depression Rating Scale was used to assess the presence of depression. Statistical analysis included descriptive and inferential statistics. Percentages and frequencies were used for qualitative variables and means and standard deviations for quantitative variables. Bivariate analysis with chi-square was used to compare proportions.

Results: Forty-six percent of the women surveyed met the criteria for depression, with 35.6% experiencing minor depression and 10.4% major depression. Associations were found with educational level ($p=0.002$), marital status ($p=0.006$), occupation ($p=0.008$), and number of children ($p=0.000$).

Conclusions: The prevalence of depression in women during premenopause and postmenopause is high. However, the clinical picture is not exclusively due to hormonal changes, as sociodemographic factors can influence the onset or exacerbation of symptoms.

Keywords: Depression, perimenopause, postmenopause, premenopause, climacteric, Hamilton Depression Rating Scale.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión afecta al 3,8 % de la población mundial, lo que correspondería a unos 280 millones de personas afectadas en el mundo ^{1,2}. Es definida como un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales ^{3, 4}. De acuerdo a su presentación y duración de los síntomas puede clasificarse en:

- Depresión grave o mayor: caracterizada por síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 15 días y que interfieren con su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana ⁴.
- Depresión menor: trastorno con síntomas cognitivos y afectivos, donde predominan los subjetivos como pesimismo, tristeza e irritabilidad, por encima de los síntomas vegetativos. Puede tener alteraciones significativas en la capacidad funcional sin llegar a constituirse en un cuadro de depresión mayor, siendo la principal diferencia con esta la intensidad de los síntomas ^{4,5}.
- Distimia o trastorno depresivo persistente: cuando los síntomas de depresión tienen una duración de por lo menos dos años en adultos y un año y medio en niños. Los pacientes pueden cursar con periodos de síntomas menos graves y también episodios de depresión mayor ⁴.

Existen diferentes tipos de depresión que varían ligeramente en su sintomatología o que se presentan en circunstancias especiales, como el caso de la depresión perinatal, el trastorno afectivo estacional y la depresión psicótica, entre otros ².

La perimenopausia es una transición biológica que marca el fin de los años reproductivos de

una mujer y suele acompañarse de cambios físicos y psicológicos debido a la disminución de los niveles hormonales de estrógenos y progesterona ^{6,7}.

Se asume que esta transición, es una etapa de vulnerabilidad, en donde hasta un tercio de las mujeres en esta etapa presentan síntomas depresivos, especialmente si existen antecedentes familiares o personales. Pues se considera que los factores hormonales, culturales y socio familiares podrían ejercer una influencia “*depresógena*” ^{7,8}.

Algunos de los factores de riesgo que se han asociado a la presencia depresión en la perimenopausia o de síntomas depresivos son tener historia de síntomas depresivos o inestabilidad afectiva, un menor nivel educativo y económico, historia de síndrome premenstrual, una mayor duración de la perimenopausia y menopausia quirúrgica, lo cual pudiera ser causado por la exposición prolongada a las fluctuaciones hormonales ⁹.

Comúnmente se cree que la sintomatología depresiva en las mujeres de mediana edad es debido a los cambios hormonales debido a la perimenopausia, sin embargo, una búsqueda exhaustiva de literatura sobre la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo en mujeres en perimenopausia en el estado de Chiapas no arrojó resultados. Es eso que realizamos el presente trabajo con el objetivo de identificar la prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la Unidad médica familiar No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 365 mujeres de 45 a 55 años de edad, con diagnóstico de premenopausia, posmenopausia, menopausia o climaterio, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, del IMSS Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

El protocolo fue aprobado por el comité Local de Investigación en Salud Número 703 y por el comité local de ética en Investigación en Salud Número 7038 de la Unidad Médica Familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva se utilizó la escala de depresión de Hamilton ¹⁰, instrumento validado en población mexicana con una fiabilidad de 0.82 de Alpha de Cronbach. Este instrumento nos permitió clasificar a las participantes en 5 categorías de acuerdo a su puntuación global:

- Sin depresión: 0 - 7.
- Depresión ligera/menor: 8 - 13.
- Depresión moderada: 14 - 18.
- Depresión severa: 19 - 22.
- Depresión muy severa: > 23.

Para fines de este trabajo se recategorizó a las participantes dependiendo de sus resultados en la escala de Hamilton, quedando dentro de la clasificación de depresión menor aquellas con resultados de depresión leve y moderada, y en la clasificación de depresión mayor aquellas con resultados de depresión severa y muy severa.

El análisis estadístico se realizó con el software estadístico SPSS versión 22. Se realizaron tablas de frecuencias y proporciones para las variables sociodemográficas. La prueba de Chi Cuadrada de Pearson fue utilizada para demostrar si existía una significancia estadística.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 365 mujeres, 182 (49.9%) en premenopausia y 183 (50.1%) en posmenopausia, la escolaridad predominante fue secundaria con 110 pacientes (30.1%), seguida de primaria con 28.8% y en menor frecuencia post grado con 2.5%. En lo que respecta a la ocupación predominio ama de casa con 163 (44.7%), empleadas 136 (37.3%) y autoempleo 66 (18.1%).

En la *Tabla 1* podemos encontrar los síntomas más frecuentes descritos por las mujeres encuestadas, resaltando la ansiedad psíquica, síntomas generales y agitación psicomotriz, siendo los menos frecuente la pérdida de introspección y pérdida de peso.

Tabla 1. Principales síntomas descritos

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ánimo Deprimido	127	34.7
Sentimientos de Culpa	147	40.2
Ideas Suicidas	110	30.1
Insomnio Precoz	121	33.1
Insomnio Intermedio	128	35
Insomnio Tardío	121	33.1
Dificultades en el Trabajo	173	47.3
Inhibición	102	27.9
Agitación Psicomotriz	190	52
Ansiedad Psíquica	207	56.7
Ansiedad Somática	140	38.3
Síntomas Gastrointestinales	174	47.6
Síntomas Generales	192	52.6
Síntomas Genitales	156	42.7
Hipocondría	160	43.8
Pérdida de Peso	52	14.2
Pérdida de da Introspección	85	23.2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

Al evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva encontramos que el 46% (168) de las pacientes padecían depresión, de ellas, 130 (35.6%) se clasificaron en depresión menor y 38 (10.4%) en depresión mayor (*Tabla 2*).

Tabla 2. Clasificación de la depresión

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin depresión	197	54
Depresión Menor	130	35.6
Depresión Mayor	38	10.4
Total	365	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

Estos resultados nos permitieron calcular la prevalencia de depresión considerando el total de mujeres (7,060) en el periodo de premenopausia y posmenopausia que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13, resultando en una prevalencia de depresión de 42%.

En la búsqueda de factores que puedan favorecer la presencia de depresión en este grupo de pacientes encontramos que la escolaridad se asocia a la presencia de síntomas depresivos ($p=0.002$) según se muestra en la [Tabla 3](#).

Tabla 3. Escolaridad y sintomatología depresiva

Escolaridad	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor
Ninguno	14	7	4
Primaria	56	36	13
Secundaria	70	28	12
Preparatoria	40	23	6
Licenciatura	14	30	3
Postgrado	3	6	0
Total	197	130	38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

En cuanto a la relación entre el estado civil con los episodios de depresión ([Tabla 4](#)) se encontró que las mujeres que no tenían una pareja sentimental tenían mayor sintomatología de depresión, siendo más afectadas las divorciadas, teniendo éste resultado significancia estadística ($p=0.006$).

Tabla 4. Estado civil y sintomatología depresiva

Estado civil	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor
Soltera	36	29	1
Cansada	82	48	10
Divorciada	24	18	13
Viuda	15	14	4
Unión libre	40	21	10
Total	197	130	38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

El número de hijos también tuvo relación con la presencia de depresión, encontrándose que aquellas mujeres sin hijos o con más de tres presentaban mayor sintomatología depresiva como lo muestra la [Tabla 5](#) ($p= 0.000$).

Tabla 5. Número de hijos y sintomatología depresiva

Número de hijos	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor
0	9	12	0
1	11	28	4
2	75	31	5
3	67	25	21
4	19	25	5
5 o mas	16	9	3
Total	197	130	38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

Se relacionó la ocupación de nuestras encuestadas con la presencia de episodios depresivos ([Tabla 6](#)) encontrando que aquellas quienes eran auto empleadas fueron las que tenían mayores síntomas de depresión ($p=0.008$).

Tabla 6. Ocupación y sintomatología depresiva

Ocupación	Sin depresión	Depresión menor	Depresión mayor
Empleda	77	40	19
Hogar	89	56	18
Autoempleo	31	34	1
Total	197	130	38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las encuesta aplicada a mujeres en pre y posmenopausia que acudieron a la UMF No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas (2023).

DISCUSIÓN

La depresión se caracteriza por el conjunto de síntomas y signos donde predomina la falta de interés y la incapacidad de sentir satisfacción por las experiencias y actividades de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban placenteras. Dentro de los síntomas se incluye la desmotivación, alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas ².

Éste trastorno puede hacerse recurrente o crónico e interferir de forma importante en el desempeño en el área laboral o escolar y la capacidad para afrontar los sucesos de la vida diaria. La frecuencia de la sintomatología depresiva aumenta con el avance de la edad y probablemente en asociación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso que conlleva la menopausia, se considera que la etapa de la vida previa a la menopausia o también llamada perimenopausia se acompaña de riesgo aún más elevado de sintomatología depresiva ^{11,12}.

Es frecuente que en las mujeres que se encuentran en la etapa de la perimenopausia o posmenopausia los síntomas depresivos se adjudiquen más al climaterio que a un trastorno afectivo, incluso es muy común que se le reste importancia puesto que en muchas veces la clínica depresiva se considera esperada o normal durante el climaterio por lo que no se realiza una investigación más profunda o una prueba de tamizaje que nos puedan dar una sospecha diagnóstica de un trastorno depresivo, es por esto que muchas mujeres continúan acudiendo a valoración médica manifestando la persistencia de los síntomas que comúnmente que puede ir en aumento y causar complicaciones ^{8,13}.

Este trabajo identificó una prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta de medicina familiar del 42%, lo que podría considerarse un porcentaje alto, sin embargo, este resultado es muy similar a lo reportado en otros trabajos como el de Patruno y cols. ¹², que

reporta una prevalencia del 43.8% y el trabajo de Timur y cols. ¹¹, con el 4.8%.

Un estudio realizado en un hospital de segundo nivel en Venezuela, puso de manifiesto que las mujeres en periodo de perimenopausia presentaban mayor frecuencia de depresión frente al grupo de mujeres posmenopáusicas tal y como lo describen diversos autores ^{12, 14, 15}. Este punto es importante pues nuestro trabajo encontró que las mujeres en posmenopausia tenían más clínica depresiva. Por lo que en futuras investigaciones valdrá la pena indagar otros factores que pudieran contribuir a estos hallazgos en nuestra población Chiapaneca como pueden ser la presencia de síntomas vasomotores, cambios en la actividad sexual, trastornos afectivos y actitudes negativas frente a la menopausia que estos autores han descrito como importantes al momento de diferenciar la presencia de síntomas depresivos entre ambos grupos.

Un punto importante fueron los factores asociados a la presencia de depresión, en este sentido los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que las mujeres que no tenían una pareja sentimental presentaron mayor sintomatología depresiva, esto es consistente con lo reportado por Patruno y cols. ¹², la explicación más factible radica en que se ha descrito que el matrimonio y la vida en pareja juegan un rol importante en relación con las disfunciones físicas y psicológicas que se presentan en esta etapa de la vida y el hallazgo de que la depresión sea más frecuente en mujeres sin una pareja sentimental apoya esta teoría ¹⁶.

Este resultado va podría estar ligado con el número de hijos, pues nuestro trabajo encontró que aquellas mujeres sin hijos o con varios hijos abonaron niveles más altos de depresión. Nosotros consideramos que en aquellas mujeres que no tienen hijos y tampoco una pareja sentimental su red de apoyo se reduce aún más y aumenta el sentimiento de soledad, o la contraparte aquellas que no tienen pareja y tienen varios hijos tienen que lidiar también con

la crisis económica, la educación y la atención de los hijos, factores que pueden exacerbar los síntomas depresivos al sentirse sobrepasadas por sus múltiples responsabilidades.

El grado de educación también fue un factor asociado al grado de depresión, resultado similar a lo descrito en la literatura^{11,12}. En estos estudios se atribuye este resultado a que el nivel de educación está relacionado con actividades laborales diarias, entorno social, capacidad de compartir experiencias, de conocer y entender las situaciones por las que se atraviesa, etc., dando a entender que a mayor escolaridad mayor resiliencia.

Una limitación de este trabajo fue no estudiar otros factores que podrían influir en la severidad de la sintomatología depresiva, pero la principal fortaleza es que permitió dimensionar frecuencia de depresión en las mujeres en etapa de perimenopausia y posmenopausia de la unidad lo que permitirá establecer estrategias para mitigar el impacto en este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES


Los resultados de este trabajo mostraron que existe una alta prevalencia de depresión en las mujeres en periodo de premenopausia y posmenopausia que acuden a la consulta externa de medicina familiar. Es importante considerar que no solo los cambios hormonales están asociados a la presencia de síntomas depresivos ya existen factores sociodemográficos que pueden influir en su aparición o exacerbación por lo que es importante el diagnóstico oportuno para recibir tratamiento especializado y así evitar complicaciones.

Es de suma importancia la capacitación continua de los médicos familiares sobre las actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento de depresión, a fin de unificar criterios para realizar pruebas de tamizaje a mujeres en pre y posmenopausia, identificar de forma temprana trastornos depresivos en ésta población, e iniciar el tratamiento en primer nivel evitando

la generalización de los casos y la estasis del tratamiento, así como detectar los casos con tratamiento fallido, recaídas o cuadros severos y realizar la referencia oportuna a los servicios de psicología y psiquiatría

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Alcalá, JA., Verdugo, AA., Arilla, G., Déniz, BV., González, A., Herrería, A., et al. Guías Clínicas de Depresión. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/biblioteca/guias/2023/Agosto/GuiasClinicasDepresion.pdf>
3. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. En: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) [en línea]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GER.pdf>
4. American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5 Development. Disponible en: <http://www.dsm5.org>
5. Chomali, C., Espinosa, C., Galdames, M., Marín, L. La Depresión Menor: ¿Es un concepto menor? Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet]. 2015;(1):23-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843004>
6. Llana, P., García, MP., Llana, D., Armott, B., Pérez, FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. 2012;71(2):120-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.11.017>
7. Sánchez, M., Domínguez, N., Morillo, E., Platón, C., López, M., Sánchez, R. La relación entre la transición a la menopausia y los trastornos del estado de ánimo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2023;88(6):382-388. Doi: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000106>
8. Sesma, E., Finkle, J., González, MA., Gaviria, M. Depresión perimenopáusica: una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2013; 33(120):681-691. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000400002>
9. Carranza-Lira S, Palacios-Ramírez M. Frecuencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 56(6):533-536
10. Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73814-7)
11. Timur, S., Hotun, N. The prevalence of depression symptoms and influencing factors among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause* 2010; 17 (3): 545 -551. Doi: <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181cf8997>

12. Patruno, D., Manzo, Z., González, M. Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2016;76(3):173 -181.
13. Flores, M., Martínez, L. Perimenopausia y trastornos afectivos: aspectos básicos y clínicos. *Salud Mental* 2012; 35:231-240
14. Freeman, E., Sammel, M., Lin, H., Nelson, D. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375-382. Doir: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.375>
15. Cohen, L., Soares, C., Vitonis, A., Otto, M., Harlow, B. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 385-390. Doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.385>
16. Bayraktar, R., Ucanok, Z. A review of the attitudes toward menopause and cross-cultural studies. *Ail eve Toplum Dergisi* 2002; 5: 5-12. 

Citar como: Roblero Rincón F, Balcázar Rincón LE, Ramírez Alcántara YL. Prevalencia de depresión en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que acuden a la consulta externa de la UMF No. 13 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.. *AMU*. 2024;3(2):78-85. Doi: [10.31644/AMU.V03.N02.2024.A10](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N02.2024.A10)