

# ANALES DE MEDICINA UNIVERSITARIA



90

Neuritis óptica inflamatoria y esclerosis múltiple, ¿existe una relación?

101

Prevalencia de burnout, estrés, ansiedad y depresión en Médicos Pasantes del Servicio Social

108

Prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Chiapas.

116

Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho: Reporte de un caso en el Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar.

122

Fractura transtrocantérica de cadera en personas adultas mayores del Hospital General Tacuba, México, en el periodo 2020-2023.

---



---

## 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.

**Dra. 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.

**Dra. 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.

**Dra. Yolanda Marín Campos**  
PTC, Departamento de Farmacología.  
Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Luis Ángel Terán Ortiz**  
Miembro de la Academia Nacional  
Mexicana de Bioética.

---

## 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. 3, enero - abril 2025, 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. 89

Editorial.

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa

## 90 Neuritis óptica inflamatoria y esclerosis múltiple, ¿existe una relación?

Inflammatory optic neuritis and multiple sclerosis, is there a relationship?

Alexa Trejo Galindo

## Prevalencia de burnout, estrés, ansiedad y depresión en Médicos Pasantes del Servicio Social. 101

Prevalence of Burnout, Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms in Medical Social Service.

MPSS. Ixchel Xiadani Baneco Rodas  
Dra. Ixtzel Karina Solís Malo  
Dra. Victoria Ashanthi Macías Nava  
PSS. Norma Guzmán Ríos

## 108 Prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Chiapas.

Prevalence of obstetric violence in women in the immediate postpartum period treated at the General Hospital of Zone No. 2, IMSS, Chiapas.

Dr. Sergio Domingo Martínez Núñez  
Dra. Karina de Jesús Yoe Cueto

## Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho: Reporte de un caso en el Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, IMSS Bienestar. 116

Giant Serous Cystadenoma of the Right Ovary: Case Report from the “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” Regional Hospital, IMSS Bienestar.

Dr. Mario Hugo Diaz Moreno

## 122 Fractura transtrocanterica de cadera en personas adultas mayores del Hospital General Tacuba, México, en el periodo 2020-2023.

Trochanteric Hip Fracture in Older Adults at the General Hospital of Tacuba, Mexico, during the 2020-2023 Period.

Dr. Orli Salinas Velázquez  
Dr. Arturo Baños Sánchez

Lineamientos para autores.

Author guidelines.

Anales de Medicina Universitaria

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

# EDITORIAL

---

Con el deseo de un próspero y exitoso inicio de año, damos la bienvenida a 2025 con entusiasmo renovado. Este nuevo ciclo representa una oportunidad para continuar fortaleciendo nuestro compromiso con la excelencia editorial y la divulgación de conocimiento en el ámbito médico.


En esta edición, celebramos un avance significativo en el proceso de revisión de los artículos enviados para publicación. A partir de ahora, además de la rigurosa evaluación realizada por nuestro Comité Editorial, contaremos con la colaboración de revisores invitados. Estos expertos, especializados en los temas abordados, incorporarán su experiencia profesional para garantizar contenidos de alta calidad que reflejen las demandas actuales de la comunidad médica y académica.

El presente número incluye una variedad de artículos que abordan temas de gran relevancia e impacto en la práctica médica y la investigación, trabajos que estamos seguros, no solo captarán su atención, sino que también les proporcionarán herramientas valiosas para su desarrollo personal y profesional, enriqueciendo su práctica médica y su conocimiento.

Por último, nos complace informar que en las próximas semanas se darán a conocer los requisitos para formar parte de nuestro Comité Editorial o integrarse al Cuerpo de Revisores. Invitamos a nuestra comunidad a participar activamente en este proceso, contribuyendo al crecimiento y consolidación de nuestra revista.

**Atentamente**

**"POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR"**



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

---

# NEURITIS ÓPTICA INFLAMATORIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ¿EXISTE UNA RELACIÓN?

Trejo Galindo, Alexa<sup>1\*</sup>

1 Estudiante de 9° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH.

\* Autor de correspondencia: [Alexa.trejo23@unach.mx](mailto:Alexa.trejo23@unach.mx)

## RESUMEN

**Introducción:** La neuritis óptica es una inflamación del nervio óptico de variada etiología relacionada con algunas entidades como procesos inflamatorios, enfermedades sistémicas y autoinmunes.

**Objetivo:** Proporcionar información amplia y resumida, exponiendo sus principales características clínicas, así como las causas, el diagnóstico y tratamiento. Identificar los aspectos relevantes conocidos, los desconocidos y los controvertidos sobre la neuritis óptica, así como evidenciar su estrecha asociación con la esclerosis múltiple.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva basada en la recolección de artículos de revistas de investigación científica y libros con información actualizada acerca de la Neuritis óptica inflamatoria, su asociación con la esclerosis múltiple y con otras patologías.

**Resultados:** La neuritis óptica inflamatoria es la causa más frecuente de pérdida visual aguda en adultos jóvenes. Es un proceso inflamatorio y desmielinizante del nervio óptico generalmente con buen pronóstico visual. Aunque esta puede ser causada por diversas etiologías, la evidencia sugiere que la neuritis óptica "típica" puede ser un marcador temprano de esclerosis múltiple especialmente en pacientes con lesiones en la RM y ciertas características genéticas y de laboratorio.

**Conclusiones:** Es necesario conocer las características clínicas y exploratorias habituales realizando un estudio etiológico exhaustivo, identificando los factores de riesgo para establecer un diagnóstico correcto y brindar un adecuado tratamiento.

**Palabras clave:** Neuritis óptica, nervio óptico, enfermedad desmielinizante, inflamación, esclerosis múltiple.

# INFLAMMATORY OPTIC NEURITIS AND MULTIPLE SCLEROSIS, IS THERE A RELATIONSHIP?

Trejo Galindo, Alexa<sup>1\*</sup>

---

1 Estudiante de 9° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH.

\* Corresponding author: [Alexa.trejo23@unach.mx](mailto:Alexa.trejo23@unach.mx)

## ABSTRACT

**Introduction:** Optic neuritis is an inflammation of the optic nerve of varied etiology related to some entities such as inflammatory processes, systemic and autoimmune diseases.

**Objective:** To provide extensive and summarized information, exposing its main clinical characteristics, as well as the causes, diagnosis and treatment. Identify the relevant known, unknown and controversial aspects of optic neuritis, as well as demonstrate its close association with multiple sclerosis.

**Methodology:** An exhaustive bibliographic search was carried out based on the collection of articles from scientific research journals and books with updated information about inflammatory optic neuritis, its association with multiple sclerosis and other pathologies.

**Results:** Inflammatory optic neuritis is the most common cause of acute visual loss in young adults. It is an inflammatory and demyelinating process of the optic nerve, generally with a good visual prognosis. Although it can be caused by various etiologies, evidence suggests that "typical" optic neuritis may be an early marker of multiple sclerosis, especially in patients with lesions on MRI and certain genetic and laboratory characteristics.

**Conclusions:** It is necessary to know the usual clinical and exploratory characteristics by carrying out an exhaustive etiological study, identifying the risk factors to establish a correct diagnosis and provide adequate treatment.

**Keywords:** Optic neuritis, optic nerve, demyelinating disease, inflammation, Multiple sclerosis.

## INTRODUCCIÓN

La neuritis óptica (NO) se define como una inflamación del nervio óptico de variada etiología relacionada con algunas entidades como procesos inflamatorios y enfermedades sistémicas<sup>1-4</sup>.

Es la causa más frecuente de pérdida visual aguda unilateral en adultos jóvenes. Aunque el pronóstico visual es favorable en la mayoría de los casos, sin embargo, existe asociación a patologías graves como la esclerosis múltiple<sup>1-3,5</sup>.

La NO se trata de uno de los síndromes clínicamente aislados (SCA) relacionados con la esclerosis múltiple (EM), la NO suele presentarse en episodios agudos o subagudos de disfunción neurológica cuando la patología no presenta fiebre, infección o encefalopatía<sup>1,6</sup>.

Se encuentra documentado que la EM está íntimamente relacionada con la incidencia de neuritis óptica<sup>1,5</sup>.

La información recopilada tras quince años de seguimiento obtenidos del estudio Optic Neuritis Treatment Trial (ONTT) han demostrado una probabilidad del 25% de desarrollar EM cuando no se encontraron lesiones en la resonancia magnética (RMN) y una probabilidad del 72% cuando sí se observaban lesiones. Los casos de neuritis óptica asociada a EM se clasificarían como casos "típicos", y los casos de NO asociados a otras patologías distintas se categorizaron como "atípicos"<sup>1,7</sup>.

La Academia Americana de Oftalmología insta una clasificación amplia de esta neuropatía inflamatoria que engloba varias enfermedades las cuales ocasionan mecanismos autoinmunes como las de origen desmielinizante, así como, las lesiones del nervio secundarias a infecciones virales y reacciones post-vacunales<sup>2,8</sup>. Entre las enfermedades desmielinizantes se comprenden la EM, la enfermedad de Devic o neuromielitis óptica, enfermedades

del colágeno ocasionada por el lupus eritematoso sistémico (LES), la encefalomiелitis diseminada aguda del niño, la polineuropatía craneal y extracraneal (CIDP) del adulto y enfermedades de origen metabólico como las leucodistrofias<sup>2,9</sup>.

Estas enfermedades pueden ser diagnosticadas por medios clínicos y electrofisiológicos. Por tal motivo en la electrofisiología se desarrollan métodos sofisticados para el estudio de la vía visual. Uno de los métodos más ampliamente empleados son los potenciales evocados visuales (PEV), es la única prueba clínicamente objetiva para valorar el estado funcional del sistema visual<sup>2,10</sup>.

Con el objetivo de proporcionar información amplia y resumida, identificar los aspectos relevantes conocidos, los desconocidos y los controvertidos sobre el tema revisado, mostrar evidencia disponible y de esta forma sugerir aspectos o temas de investigación para dar respuesta a nuevas preguntas se elaboró este artículo de revisión acerca de la neuritis óptica inflamatoria.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo se fundamenta en una revisión bibliográfica exhaustiva basada en la recolección de artículos de revistas de investigación científica con información actualizada acerca de la NO inflamatoria y su relación con la EM. También se establecen datos actualizados acerca del diagnóstico y tratamiento de la NO, a fin de lograr una mayor comprensión del tema en cuestión. El marco teórico busca brindar un panorama actualizado de las características generales de la NO inflamatoria, su epidemiología, patogénesis, criterios diagnósticos, pautas terapéuticas y métodos de prevención y su asociación con la EM, así como actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento. Es fundamental recalcar la importancia del diagnóstico diferencial

debido a su variada etiología.

La búsqueda se realizó a través de las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, Google académico, science.gov, refseek y worldcat. Las palabras de búsqueda fueron “Neuritis óptica inflamatoria”, “Esclerosis múltiple”, “Enfermedad desmielinizante”, “Neuritis óptica como primera manifestación de Esclerosis múltiple”, “Manifestaciones de EM”, “Nervio óptico”. Se preseleccionaron los artículos que se encontraron en las bases de datos con las palabras clave mencionadas.

Se incluyeron artículos actualizados, que brindaran información completa y concisa acerca de la NO inflamatoria, también que se centraran en el desarrollo de un marco de causalidad que esclarezca las relaciones entre la NO y su asociación con la EM, los estudios evaluados fueron analizados según la calidad de la evidencia y diferentes dimensiones de causalidad, como temporalidad, asociación, y experimentación.

Se excluyeron artículos repetidos, artículos con idiomas diferentes al inglés o español, los que hablaban sobre investigación animal y aquellos que su resumen no era concordante con el tema abordado en la revisión y los artículos que no proporcionaran estudios estadísticos.

## RESULTADOS

### EPIDEMIOLOGÍA

La presencia de la NO es de orden mundial, la NO “típica” es unilateral y aparece en pacientes jóvenes en el rango de edad de 14 a 45 años y predomina en mujeres en un 75%<sup>3</sup>.

La incidencia anual estimada en España es de cinco casos por cada 100.000 habitantes<sup>11</sup> aunque esta cifra varía según diferentes estudios.

Las personas de raza blanca tienen mayor posibilidad de padecerla (85%) y las

personas blancas descendientes del Norte de Europa son ocho veces más propensos a desarrollar NO que los afroamericanos o asiáticos<sup>1, 6, 12- 14</sup>.

Los casos de NO son más prevalentes en los países del Norte de Europa y en los Estados Unidos, la mayoría son causados por EM<sup>15</sup>.

Puede ser en el contexto de enfermedad o bien como una forma aislada de aparición (síndrome clínico aislado). La NO atípica es más prevalente en poblaciones no caucásicas. Tiene varias causas y a diferencia de la NO “típica” la EM no es uno de los principales<sup>16, 17</sup>.

### FISIOPATOLOGÍA

El nervio óptico está compuesto por axones de las células ganglionares de la retina que se mielinizan en la porción retrolaminar después de salir de la lámina cribosa. En la EM, la mielina proporcionada por los oligodendrocitos se ve afectada. Cuando la porción intraocular prelaminar y/o laminar de la lámina cribosa está comprometida, se llama papilitis porque se presenta con edema papilar. Si se involucra solo la porción retrolaminar, se llama neuritis retrobulbar<sup>15 - 18</sup>.

En ambos casos se presentan la inflamación con infiltración de monocitos mediada por las células T auxiliares<sup>15, 18, 19</sup>.

Hasta el momento, se desconoce la patogénesis de esta enfermedad, sin embargo, se cree que involucra una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV, donde los linfocitos T activados por un proceso inflamatorio cruzan la barrera hematoocular y destruyen la vaina de mielina, causando pérdida axonal<sup>5</sup>.

Por la reacción cicatricial resultante se interrumpen el impulso nervioso, los astrocitos participan en la formación de tejido fibroso en forma de placas que son los responsables de este proceso. Durante la



recuperación visual, se reduce la inflamación y comienza la remielinización, aunque esta suele ser incompleta <sup>15</sup>.

La NO típica comienza con una pérdida de la visión que empeora en aproximadamente 10 a 15 días. Una rápida recuperación visual aparece después de dos o tres semanas, y por lo general está casi completa después de aproximadamente cinco semanas <sup>18, 20</sup>.

Puede haber mejoría hasta un año después de la aparición de la condición. Aproximadamente el 90% de los pacientes con NO típica logra recuperar la función visual después del primer episodio en base de la evolución natural, no tratada. El pronóstico visual es generalmente favorable, sin embargo, una agudeza visual inicial muy baja (sin luz percepción) es un factor de mal pronóstico a largo plazo, la prolongación de la sintomatología sin mejora con el tiempo debe alertar sobre la posibilidad de otro proceso <sup>18, 20</sup>.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma específico es la disminución de agudeza visual que varía en intensidad desde leve a una ausencia de percepción de la luz que se recupera con el tiempo, el comienzo puede ser agudo o subagudo y la mayoría de las veces se expresa de forma unilateral <sup>1, 3, 4, 18, 22</sup>.

Pueden manifestarse alteraciones en los campos visuales, como la discromatopsia, disminución de la sensibilidad al contraste, alteración a la percepción de los colores, defecto pupilar aferente y fondo de ojo normal o con edema de papila en grado variable <sup>1, 3</sup>.

Los síntomas visuales pueden cambiar y puede observarse cualquier defecto en la capa de fibras nerviosas retinales <sup>6, 12, 13</sup>.

En el 90% de los casos, las personas que cursan con NO, presentan dolor a la movilidad ocular <sup>1, 12, 14</sup>. El dolor se atribuye

al estiramiento de la vaina dural alrededor del nervio inflamado, además de que los síntomas suelen exacerbarse con el aumento de la temperatura corporal lo que es conocido como fenómeno de Uhthoff y con el ejercicio físico <sup>3, 18, 21</sup>.

En general, tiene buen pronóstico, iniciándose la resolución espontánea de los síntomas en el primer mes <sup>22, 23</sup>.

Las formas de NO atípicas se relacionan con procesos inflamatorios subyacentes, estas formas presentarán diferentes características: edad menor de 16 años o mayor de 45 años, pérdida visual bilateral, ausencia de dolor ocular, ausencia de mejoría tras 4 - 6 semanas del inicio, la pérdida progresiva visual que se extiende más allá de 2 semanas y por último si se han presentado hemorragias retinianas o exudados maculares en el fondo del ojo <sup>3, 22</sup>.

Algunos ejemplos de NO atípicas son:

1. Neuropatía óptica inflamatoria recurrente crónica (CRION): Se trata de una desmielinización del nervio óptico que genera una pérdida visual bilateral severa y subaguda, con dolor intenso y respuesta rápida a corticoides, sin embargo, se presentan recaídas al suprimirlos <sup>3</sup>.
2. Espectro de neuromielitis óptica: La neuromielitis óptica es una patología desmielinizante del sistema nervioso central, en la cual se presenta una neuropatía óptica inflamatoria bilateral severa asociada a mielitis transversa extensa. Son característicos los anticuerpos antiacuaporina 4, puesto que están presentes en el 80% de los casos <sup>22, 24</sup>.

### DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico, principalmente debemos evaluar la presentación clínica, y los hallazgos exploratorios obtenidos de la anamnesis y la exploración física <sup>15, 16, 18</sup>.

Es necesario definir si la presentación es “típica” o “atípica”. Las NO “típicas” están asociadas a patologías desmielinizantes y las “atípicas” tienen diversas etiologías <sup>18</sup>.

Es importante realizar una evaluación oftalmológica con examen fundoscópico y de agudeza visual <sup>22</sup>.

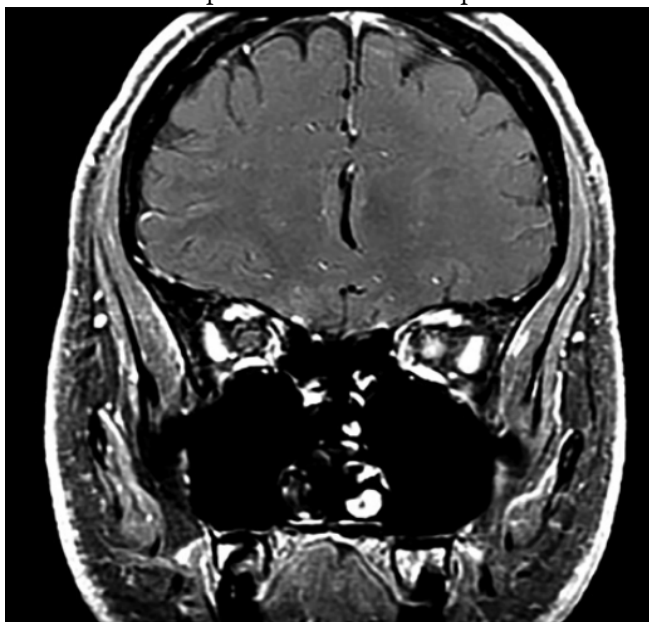
## ESTUDIOS

### RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN)

La RMN encefálica con gadolinio, es la prueba diagnóstica esencial, puesto que se puede observar el agrandamiento del nervio óptico inflamado, es útil para la confirmación diagnóstica y nos brinda información pronóstica en cuánto al riesgo de desarrollar EM <sup>3, 22, 25</sup>.

Las lesiones evocativas de EM que podemos identificar en la RMN tienen una forma ovoidea, periventricular y un diámetro mayor o igual a 3 mm, son el marcador más certero para predecir el riesgo de desarrollar la enfermedad <sup>22</sup> (*Figura 1*).

**Figura 1.** Imagen de RMN: corte coronal ponderado en T1 de las órbitas con saturación de grasa que muestra el agrandamiento del nervio óptico intraorbitario izquierdo en un paciente con neuritis óptica.

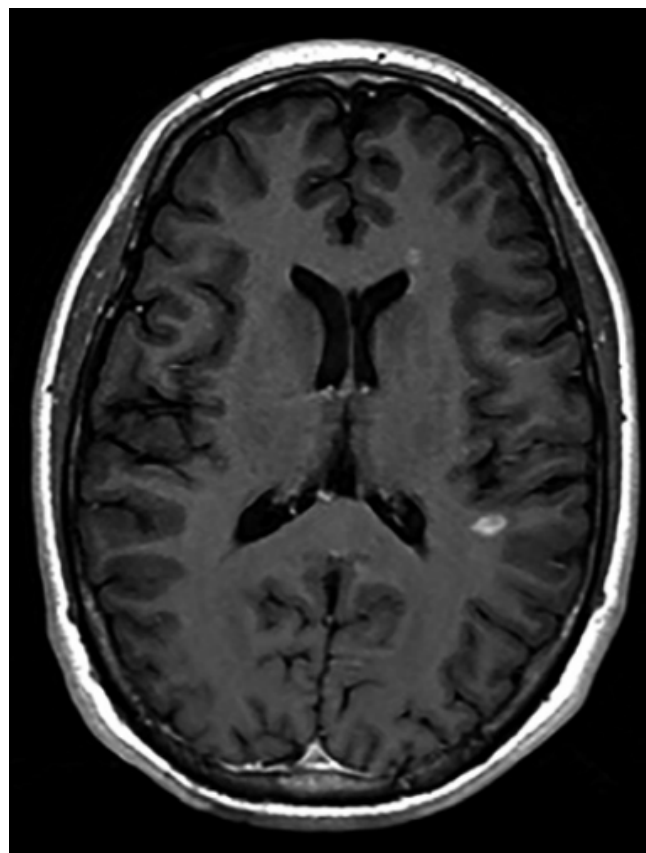


**Fuente:** Parker WT, Foroosan R. Neuritis óptica. *Oftalmol Clínica y Exp.* 2015;8(3):79–84. p. 81.

Con base a un estudio multicéntrico a gran escala denominado “Optic Neuritis

Treatment Trial”, el cual tuvo un seguimiento de 15 años, demostró que los pacientes sin lesiones desmielinizantes en la RMN inicial tienen un riesgo menor de desarrollar EM en los siguientes 15 años que oscila aproximadamente en un 25% de posibilidades, sin embargo, el riesgo aumenta al 65% si se observan 1 o 2 lesiones y al 78% si presentan 3 o más lesiones en la RMN inicial <sup>1, 17, 22, 24</sup> (*Figura 2*).

**Figura 2.** Imagen de RMN: corte axial ponderado en T1 que muestra una lesión de la materia blanca característica que presenta realce con contraste en un paciente con esclerosis múltiple.



**Fuente:** Parker WT, Foroosan R. Neuritis óptica. *Oftalmol Clínica y Exp.* 2015;8(3):79–84. p. 81.

### TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

Es muy poco útil para observar si hay inflamación del nervio óptico <sup>3</sup>.

### POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (PEV)

Pueden resultar útiles cuando el diagnóstico de NO está en duda. Un retraso en la latencia del componente P100 en el PEV sugiere desmielinización <sup>3, 26</sup>.

## **TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT)**

Evalúa el grosor de la capa de fibras nerviosas peripapilares de la retina, puesto que se puede encontrar adelgazada en pacientes con NO, la pérdida de espesor de dicha capa, se debe a la destrucción de los axones del nervio óptico <sup>29</sup>.

La OCT puede ayudarnos a diferenciar las formas en las que se presentan edemas de la capa de fibras nerviosas y monitorizar el adelgazamiento de la capa a lo largo de la evolución de la enfermedad <sup>3, 22, 28</sup>.

## **PUNCIÓN LUMBAR**

Se debe solicitar en casos atípicos, puesto que la presencia de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo en pacientes con RMN cerebral normal establecen un riesgo de desarrollar EM, por lo tanto, podemos recurrir a la prueba si la sospecha de EM es elevada <sup>1, 22, 23</sup>.

## **ANALÍTICA SANGUÍNEA**

En casos atípicos, en los cuales los hallazgos orienten a un diagnóstico alternativo, podemos solicitar un estudio analítico dirigido según la sospecha. Por ejemplo, ante sospecha de neuromielitis óptica o enfermedades autoinmunes sistémicas, se puede solicitar un estudio analítico de los anticuerpos en cuestión o, ante la sospecha de causa infecciosa, se pueden solicitar serologías <sup>22</sup>.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Debido a la importancia de la clínica y la anamnesis para un diagnóstico certero de la NO, nos resulta muy importante conocer los posibles diagnósticos diferenciales con diferentes patologías que provoquen un daño en el nervio óptico o neuropatías ópticas, a continuación, se mencionan las formas más comunes de NO "atípicas" <sup>1, 22</sup> (*Tabla 1*).

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento se enfoca en mejorar la visión y prevenir el desarrollo de EM clínicamente

definida. El tratamiento estándar para la neuritis óptica aguda es la administración de altas dosis de corticoides; Metilprednisolona 250mg vía IV cada 6 horas por 3 días, seguido de Prednisona 1mg/kg/día vía oral por 11 días, con dosis reductiva los cuatro días siguientes. Con una duración total de 14 días, añadiendo un IBP; Omeprazol 20mg al día, durante 30 días <sup>1, 17 - 18, 22, 27, 30</sup>.

Se recomienda valoración neurológica cada seis meses, para estudios paraclínicos complementarios en busca de causas secundarias y en caso se encontrase la causa subyacente, tratarla inmediatamente <sup>27</sup>.

Es imprescindible el manejo a largo plazo para la prevención de ataques recurrentes, propone que los inmunomoduladores como el interferón beta retrasan el diagnóstico clínico definitivo de EM en pacientes con neuritis óptica y lesiones en la materia blanca presentes en la RM. Los estudios también muestran una mejoría en la RM cerebral en pacientes tratados en comparación con el placebo.

Estos estudios indican el tratamiento con inmunomoduladores a todos los pacientes con NO, sin embargo, se debe tener en cuenta que en más del 40% de los pacientes no habrá progreso de la enfermedad hasta la EM clínicamente definitiva en un lapso de 10 años.

La decisión de tratar debe analizarse meticulosamente frente a los riesgos, ya que la prevención de un caso de recurrencia lleva cerca de seis años a partir del comienzo del tratamiento <sup>14, 31 - 33</sup>.

## **RIESGO DE CONVERSIÓN A ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

La asociación entre la NO y EM ha sido ampliamente documentada en diversos estudios, indicando que la NO puede ser una manifestación temprana de la EM. Esto subraya la importancia de monitorear a los pacientes con NO para detectar signos de EM en sus etapas iniciales <sup>3</sup>.

El estudio de Rizzo y Lessell (1988), que

**Tabla 1.** Diagnósticos diferenciales de la neuritis óptica

Diagnóstico diferencial	Fisiopatología	Clínica	Factores de riesgo
Neuropatía óptica anterior isquémica (NOAI) <sup>3, 12, 22, 34</sup> .	Daño en el nervio óptico causado por interrupción del flujo sanguíneo en las arterias ciliares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida unilateral de la visión.</li> <li>• Inflamación papilar.</li> <li>• No presenta dolor con el movimiento ocular.</li> <li>• Edema papilar severo asociado a hemorragias papilares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores de 50 años.</li> <li>• Hipertensión arterial sistémica.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Riesgo cardiovascular.</li> </ul>
Neuromielitis óptica (NMO) o Enfermedad de Devic <sup>14, 29, 35, 36</sup> .	Enfermedad autoinmune desmielinizante que afecta al nervio óptico y a la médula espinal. Presenta ataques de neuritis óptica y mielitis transversa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida visual severa uni y/o bilateral, un 50% puede presentar ceguera permanente.</li> <li>• Lesiones medulares extensas que abarquen 3 o más segmentos vertebrales.</li> <li>• Ausencia de lesiones cerebrales al inicio de la enfermedad.</li> <li>• Presencia de anticuerpos acuaporina-4 (anti-AQP4 o NMO-IgG) en un 80%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres de mediana edad</li> <li>• Población no caucásica</li> <li>• Presentación en forma monofásica (30%) o en brotes (70%).</li> <li>• NMO requiere terapia inmunosupresora con corticoides, y tratamientos de segunda línea como azatioprina y micofenolato. La terapia inmunomoduladora típica para EM puede ser perjudicial para pacientes con NMO.</li> </ul>
Neuropatías ópticas desmielinizantes recurrentes <sup>1, 29, 35</sup> .	Neuritis óptica inflamatoria recurrente crónica (NOIRC): afección dolorosa y progresiva que tiene recurrencia durante la reducción gradual de la corticoterapia. Neuritis óptica idiopática recurrente (NOIR): vinculada con otras enfermedades del sistema nervioso central. (SNC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida visual unilateral temporal.</li> <li>• Dolor ocular al movimiento.</li> <li>• Edema papilar.</li> <li>• Discromatopsia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de corticoides.</li> <li>• Neurorretinitis.</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico.</li> <li>• Sarcoidosis.</li> <li>• Granulomatosis de Wegener.</li> </ul>
Neuropatía óptica tóxico-metabólica <sup>3, 23</sup> .	Se debe a la exposición a radiación, toxinas (como metanol, tabaco, alcohol), ciertos fármacos (amiodarona, etambutol, ciclosporina, isoniacida) o déficits nutricionales (vitamina B, ácido fólico).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida visual progresiva y bilateral.</li> <li>• Dolor a los movimientos oculares.</li> <li>• Inflamación del nervio óptico.</li> <li>• Puede o no haber edema papilar.</li> <li>• Discromatopsia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto con sustancias tóxicas</li> <li>• Profesional que se dedique al manejo de sustancias tóxicas; Químicos, laboratoristas, etc.</li> <li>• Exposición continua a la radiación</li> <li>• Desnutrición.</li> </ul>
Neuropatías infecciosas <sup>3</sup> .	Daño al nervio óptico y la retina, causando neurorretinitis, secundario a procesos infecciosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas sensoriales (fiebre, dolor, debilidad, pérdida de la sensibilidad, anomalías propioceptivas, alteraciones en la marcha).</li> <li>• Síntomas motrices (neuropatía motora multifocal con bloqueo de la conducción).</li> <li>• Síntomas autonómicos (intolerancia ortostática, gastroparesia, estreñimiento, diarrea, vejiga neurogénica, disfunción eréctil, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas inmunodeprimidas que cursen con enfermedades como tuberculosis, toxoplasmosis o citomegalovirus.</li> <li>• Exposición a agentes infecciosos como sífilis, enfermedad de Lyme, enfermedad por arañazo de gato y virus del herpes simple.</li> </ul>
Neuropatías sistémicas <sup>3</sup> .	Debidas a procesos inflamatorios sistémicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas sistémicos</li> <li>• Presencia de anticuerpos específicos según la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que presenten lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y sarcoidosis.</li> </ul>
Neuropatía óptica o compresiva o infiltrativa <sup>3</sup> .	Se debe a procesos expansivos cerca del nervio óptico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración en la agudeza visual, dolor ocular, fotofobia, cefalea y vómitos.</li> <li>• Fondo de Ojo: edema de papila, estrella macular y hemorragias peripapilares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que cursen con enfermedades como sinusitis paranasales, mucoccele, aneurismas.</li> <li>• Neoplasias primarias del nervio óptico o meningiomas.</li> <li>• Neoplasias hematológicas.</li> <li>• Personas con linfoma no Hodgkin sistémico.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia (2024), a partir de lo presentado por Parler y Foroosan, 2015 (1); Ayuso *et al.*, 2024 (3); Dooley y Foroosan, 2010 (12); Pau *et al.*, 2011 (14); Herán *et al.*, 2019 (22); Biousse y Newman, 2016 (23); Costello *et al.*, 2008 (29); Behbehani, 2007 (34); Malik *et al.*, 2014 (35) y Jarius *et al.*, 2012 (36).

siguió a 60 pacientes con NO típica durante 15 años, reveló una notable diferencia de género en el desarrollo de EM: el 74% de las mujeres desarrollaron EM en comparación con el 34% de los hombres. Este hallazgo sugiere una posible influencia de factores hormonales o genéticos en la progresión de la enfermedad <sup>37</sup>.

En Barcelona, un estudio que incluyó a 320 pacientes con síndrome clínico aislado, de los cuales 123 tenían NO, mostró que el riesgo de conversión a EM dependía significativamente de la presencia de lesiones en la resonancia magnética (RM). Los pacientes con RM normal tenían un riesgo de conversión del 5.9%, mientras que aquellos con lesiones tenían un riesgo del 55%. Este estudio resalta la importancia de la RM como herramienta de predicción y seguimiento <sup>38</sup>.

Uno de los estudios más grandes "Optic Neuritis Treatment Trial", seguido durante 15 años, demostró una fuerte correlación entre las lesiones en la RM cerebral inicial y el desarrollo de EM. Los pacientes sin lesiones tenían una probabilidad del 25% de desarrollar EM, mientras que aquellos con una o más lesiones tenían una probabilidad del 72%. Además, el riesgo de desarrollar EM fue más alto en los primeros cinco años y se mantuvo elevado a lo largo del período de 15 años en pacientes con alteraciones en la RM basal <sup>39</sup>.

El estudio de Brex (2002), evaluó a 71 pacientes con síndrome desmielinizante agudo, encontró que el 88% de los pacientes con al menos una lesión en la RM desarrollaron EM en comparación con el 19% de los pacientes con RM normal. Este estudio refuerza la idea de que las lesiones en la RM son un predictor clave del desarrollo de EM <sup>40</sup>.

En Suecia, un estudio con 147 pacientes con NO entre 1990 y 1995 identificó múltiples variables clínicas y ambientales, así como hallazgos de RM y pruebas de laboratorio, como predictores fuertes del desarrollo de

EM. La presencia de tres o más lesiones en la RM y las bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron factores predictivos significativos <sup>41</sup>.

Un estudio en una población iraní analizó la influencia genética en 55 pacientes con NO. Encontraron que ciertos antígenos HLA, como el alelo DR2 y los alelos de clase I A23 y B1, se asociaban con un mayor riesgo de evolución a EM. Este hallazgo sugiere que los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante en la susceptibilidad y progresión de la EM en pacientes con NO <sup>42</sup>.

## DISCUSIÓN

Si bien se desconoce a ciencia cierta la fisiopatología exacta de la NO, está demostrado que consiste en un mecanismo de reacción inflamatoria del nervio óptico. Resulta muy interesante cómo la NO puede tratarse de una cuestión simple sin más hallazgos o deberse a una condición grave como lo es la Esclerosis múltiple, inclusive volverse un factor predictor de EM. Siendo variada su etiología, la neuritis óptica es un reto diagnóstico que en muchas ocasiones desconcierta a los profesionales de la salud. Entender la neuritis óptica no solo es crucial para quienes la padecen, sino también para los profesionales de la salud que buscan diagnósticos y tratamientos efectivos.

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta de esta amplia revisión, son la importancia de conocer las manifestaciones clínicas para identificar un ataque de neuritis óptica, principalmente la pérdida súbita de la visión que con el tiempo se va recuperando <sup>1, 3</sup>. La prueba diagnóstica esencial es la resonancia magnética con gadolinio <sup>3, 22, 25</sup>. La RMN es la que nos permitirá observar o no, el engrosamiento del nervio óptico y las lesiones desmielinizantes que son un clave indicador de conversión a esclerosis múltiple, siendo esto el punto más importante de la neuritis óptica típica <sup>1, 17, 22, 24</sup>.

Ha sido demostrada la estrecha relación de la neuritis óptica con la esclerosis múltiple <sup>37-42</sup>.

Según el estudio de Brex (2002) que estipula un riesgo aproximado del 88% de los pacientes con una lesión en la RM desarrollaron EM en comparación con el 19% de los pacientes con RM normal y el estudio “Optic Neuritis Treatment trial” el cuál después de 15 años, concluyó que los pacientes sin lesiones tenían una probabilidad del 25% de desarrollar EM, mientras que aquellos con una o más lesiones tenían una probabilidad del 72%, lo que refuerza la relación entre la neuritis óptica y la EM, aunque con diferencias en los porcentajes, ambos nos muestran un alto riesgo de presentar EM si se encuentran lesiones desmielinizantes en la RMN<sup>39, 40</sup>.

Podemos establecer que conocer los puntos clave para determinar y clasificar la neuritis óptica en “típica” o “atípica” es crucial para identificar la etiología, establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuado<sup>18, 22</sup>. Lograr esto de la forma adecuada, nos permitirá actuar a tiempo y en dado caso de encontrar riesgo de conversión a esclerosis múltiple, iniciar el tratamiento lo antes posible con la finalidad de atenuar los ataques y poder dar seguimiento para ayudar a los pacientes a tener una buena calidad de vida. En todos los casos, el tratamiento de primera línea consiste en altas dosis de corticoides<sup>1, 17-18, 22, 27, 30</sup>.

## CONCLUSIÓN

La neuritis óptica inflamatoria es la causa más frecuente de pérdida visual aguda en adultos jóvenes. Es un proceso inflamatorio y desmielinizante de nervio óptico con buen pronóstico visual. Es necesario conocer las características clínicas y exploratorias habituales realizando un estudio etiológico más exhaustivo en las formas atípica y NO bilaterales. Un alto porcentaje de pacientes con NO desarrollarán EM en años posteriores. la evidencia sugiere que la NO puede ser un marcador temprano de EM, especialmente en pacientes con lesiones en la RMN y ciertas características genéticas y de laboratorio. Estos estudios destacan la importancia de un seguimiento riguroso y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas

para identificar y gestionar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar EM. El tratamiento de la NO inflamatoria

debe realizarse por vía intravenosa y debe ser individualizado teniendo en cuenta que no modifica a largo plazo el pronóstico visual funcional, Es preciso identificar los casos con alto riesgo de conversión para indicar tratamiento inmunomodulador y así mejorar la historia natural de la NO.

## REFERENCIAS

1. Parker WT, Foroozan R. Neuritis óptica. *Oftalmol Clínica y Exp*. 2015;8(3):79–84. Disponible en: [https://www.ofthalmologos.org.ar/occe\\_anteriores/files/original/1dc8a2035deb4fbaa5e7de2ded8a7ecb7.pdf](https://www.ofthalmologos.org.ar/occe_anteriores/files/original/1dc8a2035deb4fbaa5e7de2ded8a7ecb7.pdf)
2. De la Torre Rodríguez Enma Estrella, Aguilera Palacios Gustavo Ramón, Cutié Anido Yudelkis, Argüelles González Ivis. Caracterización estructural y funcional de la neuropatía óptica inflamatoria autoinmune. *ccm* [Internet]. 2017 jun [citado 2024 Jun 26]; 21(2): 395-411. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200006&lng=es)
3. Ayuso T, Aliseda D, Ajuria I, Zandío B, Mayor S, Navarro MC. Neuritis óptica inflamatoria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 26];32(2):249–63. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
4. Foroozan R, Buono LM, Savino PJ, Sergott RC. Acute demyelinating optic neuritis. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2002 Dec;13(6):375–80.
5. Shams PN, Plant GT. Optic neuritis: a review. *Int MS J* 2009; 16: 82-9.
6. Brownlee WJ, Miller DH. Clinically isolated syndromes and the relationship to multiple sclerosis. *J Clin Neurosci* 2014; 21: 2065-71.
7. Optic Neuritis Study Group. Multiple sclerosis risk after optic neuritis: final optic neuritis treatment trial follow-up. *Arch Neurol* 2008; 65: 727-32.
8. Laria C, Alio J, Rodríguez JL, Sánchez J, Galal A. Neuritis óptica tras vacunación de meningitis. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2006[citado 20 Junio 2024]; 81(8): 479-482. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16933172>
9. Carruthers RL, Berger J. Progressive multifocal leukoencephalopathy and JC Virus-related disease in modern neurology practice. *Mult Scler Relat Disord*. 2014[citado 20 junio 2024]; 3(4):419-430. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221103481400008X>
10. Malik A, Ahmed M, Golnik K. Treatment options for atypical optic neuritis. *Indian J Ophthalmol*. 2014 [citado 29 sep 2015]; 62(10):982-984. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4278124/>
11. Martínez-Lapiscina EH, Fraga-Pumar E, Pastor X, Gómez M, Conesa A, Lozano-Rubí R, et al. Is the incidence of optic neuritis rising? Evidence from an epidemiological study in Barcelona (Spain), 2008-2012. *J Neurol*. 2014;261:759–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-014-7266-2>
12. Dooley MC, Foroozan R. Optic neuritis. *J Ophthalmic Vis Res* 2010; 5: 182-7.
13. Costello F. Inflammatory optic neuropathies. *Continuum (Minneapolis)* 2014; 20(4 Neuro-ophthalmology): 816-37.
14. Pau D, Al Zubidi N, Yalamanchili S, Plant GT, Lee AG. Optic neuritis. *Eye (Lond)* 2011; 25: 833-42

15. Toosy AT, Mason DF, Miller DH. Optic neuritis. *Lancet Neurol.* 2014;13:83–99. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70259-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70259-X)
16. Savino PJ. Neuritis ópticas. In: Arruga Ginebreda J, Sánchez-Dalmau B, editors. *Neuropatías ópticas: diagnóstico y tratamiento.* España: ~ Sociedad Española de Oftalmología; 2002. p. 177–206.
17. Optic Neuritis Study Group. The clinical profile of optic neuritis. Experience of the optic neuritis treatment trial. *Arch Ophthalmol.* 1991;109:1673. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.1991.01080120057025>.
18. García Ortega A, Montañez Campos FJ, Muñoz S, Sanchez-Dalmau B. Autoimmune and demyelinating optic neuritis. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología (English Edition).* 2020 Aug;95(8):386–95.
19. RW B. Optic neuritis. In: Miller NR, Newman Nancy J, editors. *Clinical neuro-ophthalmology. The essentials.* Williams & Wilkins; 1998. p. 599–647.
20. Savino PJ, Danesh-Meyer HV. Optic nerve disorders. In: Savino PJ, Danesh-Meyer HV, editors. *Color atlas & synopsis of clinical ophthalmology.* Walters Kluwer Inc; 2012. p. 64–89.
21. Miller D, McDonald I, Smith K. The diagnosis of multiple sclerosis. En: Compston A, Confavreux C, Lassmann H et al. *McAlpine's Multiple Sclerosis 2006, 4th edition*
22. Herán IS, Monteiro GC, Margarit BP, Izquierdo AY. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la neuritis óptica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2019 May 1;12(78):4639–43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219301209>
23. Biousse V, Newman NJ. Diagnosis and clinical features of common optic neuropathies. *Lancet Neurol.* 2016;15(13):1355-67.
24. Wilhelm H, Schabet M. The diagnosis and treatment of optic neuritis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(37):616-2
25. Arcila Villamil KJ, Barroso Barreto JC, Capasso Velez JJ. Neuritis óptica como manifestación temprana de la esclerosis múltiple - Revisión narrativa. repositoriunbosqueeduc [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 8]; Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/402fa50d-dfd4-4951-ba3a-8484d6d8eae4>
26. Purvin V, Kawasaki A. Neuro-ophthalmic emergencias for the neurologist. *Neurologist* 2005; 11: 195-233.
27. Secretaría de salud. Guía de práctica clínica diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la neuritis óptica. 2009, 38p.
28. Oreja Guevara C, Noval S. La tomografía de coherencia óptica en la neuritis óptica y esclerosis múltiple. *Rev Esp Esclerosis múltiple,* 2008, Vol I (6): 22-26.
29. Costello F, Hodge W, Pan YI, Eggenberger E, Coupland S, Kardon RH. Tracking retinal nerve fiber layer loss after optic neuritis: a prospective study using optical coherent tomography. *Multiple Esclerosis* 2008; 14: 893-905.
30. Beck RW, Gal RL. Treatment of acute optic neuritis: a summary of findings from the optic neuritis treatment trial. *Arch Ophthalmol* 2008; 126: 994-5.
31. Galetta SL. The controlled high risk Avonex multiple sclerosis trial (CHAMPS study). *J Neuroophthalmol* 2001; 21: 292-5.
32. Kappos L, Freedman MS, Polman CH et al; BENEFIT Study Group. Effect of early versus delayed interferon beta-1b treatment on disability after a first clinical event suggestive of multiple sclerosis: a 3-year follow-up analysis of the BENEFIT study. *Lancet* 2007; 370 (9585): 389- 97.
33. Comi G, Filippi M, Barkhof F et al.; Early Treatment of Multiple Sclerosis Study Group. Effect of early interferon treatment on conversion to definite multiple sclerosis: a randomised study. *Lancet* 2001; 357 (9268): 1576-82.
34. Behbehani R. Clinical approach to optic neuropathies. *Clin Ophthalmol* 2007; 1: 233-46.
35. Malik A, Ahmed M, Golnik K. Treatment options for atypical optic neuritis. *Indian J Ophthalmol* 2014; 62: 982-4.
36. Jarius S, Ruprecht K, Wildemann B et al. Contrasting disease patterns in seropositive and seronegative neuromyelitis optica: a multicentre study of 175 patients. *J Neuroinflammation* 2012; 9: 14.
37. Rizzo JF, Lessell S. Risk of developing multiple sclerosis after uncomplicated optic neuritis: a long-term prospective study. *Neurology* 1988; 38: 185-714.
38. Tintoré M, Rovira A, Rio J, Nos C, Grivé E, Téllez N et al. Is optic neuritis more benign than other first attacks in multiple sclerosis? *Ann Neurol* 2005; 57: 210-215.
39. The Optic Neuritis Study Trial. Multiple sclerosis risk alter optic neuritis. Final optic neuritis treatment trial follow-up. *Arch Neurol* 2008; 65 : 727-732
40. Brex PA, Ciccarelli O, O'Riordan JL, Sailer M, Thompson AJ, Miller DH. A longitudinal study of abnormalities on MRI and disability from multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2002; 346: 158-164.
41. Jin YP, De Pedro-Cuesta J, Huang YH, Söderström, M. Predicting multiple sclerosis at optic neuritis onset. *Multiple Sclerosis* 2003; 9: 135-141.
42. Kheradvar A, Tabassi AR, Nikbin B, Khosravi F, Naroueynejad M, Moradi B et al. Influence of HLA on progresión of optic neuritis to MS: results of a four-year follow-up study. *Multiple Sclerosis* 2004; 10: 526-531.
43. Bravo-Lizcano R, Sierra-Santos L, Gil-Gulias L, Aguilar-Shea A. Neuromielitis óptica de Devic [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v9n2/paciente2.pdf>
44. Imbachí Salamanca AJ, Chito Castro KL, Orozco Burbano JD, Zamora Bastidas TO. Neuropatías periféricas, un enfoque multidimensional y práctico de una compleja condición. *CES Medicina* [Internet]. 2022 May 11;36(1):46–58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v36n1/0120-8705-cesm-36-01-46.pdf>
45. Ma R, Sanabria RC, Gregorio G, Llanes. XII Jornada de Residentes SOFCALE Coordinan [Internet]. [cited 2024 Jul 12]. Disponible en: <https://sofcale.org/wp-content/uploads/2022/03/Libro-SOFCALE-Neurooftalmologi%CC%81a-2022.pdf#page=32>.

---

**Citar como:** Trejo Galindo A. Neuritis óptica inflamatoria y esclerosis múltiples, ¿existe una relación?. *AMU.* 2025;3(3):90-100. Doi: [10.31644/AMU.V03.N03.2025.A11](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N03.2025.A11)

# PREVALENCIA DE BURNOUT, ESTRÉS, ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MÉDICOS PASANTES DEL SERVICIO SOCIAL

*Baneco Rodas, Ixchel X.<sup>1\*</sup>; Solís Malo, Ixtzel K.<sup>2</sup>; Macías Nava, Victoria A.<sup>3</sup>; Guzmán Ríos Norma<sup>4</sup>*

- 1 Médico Pasante de Servicio Social, Coordinación de Investigación del Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.
- 2 Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Coordinación de Investigación del Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.
- 3 Coordinadora de Servicio social, Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud
- 4 Pasante de Psicología de Servicio Social, Centro de salud y servicios ampliados Cacahuatán, Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.

\* Autor de correspondencia: [ixchelbaneco13@gmail.com](mailto:ixchelbaneco13@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La formación del profesional médico en México, tiene el servicio social como actividad obligatoria que deben de realizar los estudiantes de medicina. Para cuando han llegado a la etapa de ser médicos pasantes, enfrentan una serie de nuevos desafíos que pueden tener un impacto significativo en su salud mental y bienestar emocional. Empezando por el riguroso currículo académico, la carga de trabajo intensa, la presión por atender a la población a su cargo y decidir si continuar con una especialidad médica.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de los trastornos de salud mental: burnout, estrés, ansiedad y depresión en los pasantes de medicina, promoción Febrero 2023 - Enero 2024, promoción Agosto 2023 - Julio 2024 y promoción Febrero 2024 - Enero 2025, adscritos al Distrito Sanitario VII.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico, de corte trasversal, prospectivo, de muestreo aleatorio simple. Será realizado en el período Febrero 2023 - Febrero 2024, en las instalaciones del Distrito Sanitario No. VII, ubicado en la Carretera Antigua Aeropuerto, Tapachula de Córdova y Ordóñez, Chiapas, México. La muestra fue de 42 médicos, a quienes se les aplicaron 4 cuestionarios correspondientes a cada uno de los trastornos de salud mental evaluados.

**Resultados:** La promoción Febrero 2023-Enero 2024 tiene la prevalencia más alta de burnout leve (85%), al igual que la prevalencia de estrés leve más alta (75%), y una mayor prevalencia de ansiedad leve con un (80%), mientras que la promoción Febrero 2024 - Enero 2025 tiene la mayor prevalencia de mínima depresión (78%).

**Palabras clave:** Burnout, estrés, ansiedad, depresión, servicio social.



# PREVALENCE OF BURNOUT, STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN MEDICAL SOCIAL SERVICE

*Baneco Rodas, Ixchel X.<sup>1\*</sup>; Solís Malo, Ixtzel K.<sup>2</sup>; Macías Nava, Victoria A.<sup>3</sup>; Guzmán Ríos Norma<sup>4</sup>*

- 1 Médico Pasante de Servicio Social, Coordinación de Investigación del Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.
- 2 Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Coordinación de Investigación del Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.
- 3 Coordinadora de Servicio social, Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud
- 4 Pasante de Psicología de Servicio Social, Centro de salud y servicios ampliados Cacahuatán, Distrito Sanitario VII, Secretaría de Salud, Tapachula; Chiapas.

\* Corresponding author: [ixchelbaneco13@gmail.com](mailto:ixchelbaneco13@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Medical training in Mexico requires students to complete a mandatory social service, which presents medical interns with a range of new challenges that can significantly impact their mental health and emotional well-being. These challenges include a rigorous academic curriculum, intense workload, the pressure to care for the assigned population, and the decision of whether to pursue a medical specialty.

**Objective:** To identify the prevalence of mental health disorders: burnout, stress, anxiety, and depression, among medical interns from the February 2023 – January 2024 cohort, August 2023 – July 2024 cohort, and February 2024 – January 2025 cohort, assigned to Health District VII.

**Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional, analytical observational study with simple random sampling. It was conducted from February 2023 to February 2024 at the facilities of Health District VII, located on Carretera Antiguo Aeropuerto, Tapachula de Córdoba y Ordóñez, Chiapas, Mexico. The sample consisted of 42 medical interns who were administered four questionnaires corresponding to each of the evaluated mental health disorders.

**Results:** The February 2023 – January 2024 cohort exhibited the highest prevalence of mild burnout (85%), the highest prevalence of mild stress (75%), and a higher prevalence of mild anxiety (80%). Meanwhile, the February 2024 – January 2025 cohort had the highest prevalence of minimal depression (78%).

**Keywords:** Burnout, stress, anxiety, depression, social service.

## INTRODUCCIÓN

La formación del profesional médico en México tiene como características la preparación universitaria de cuatro años, posteriormente un año de internado médico que generalmente se cursa en el quinto año de la carrera de medicina y una vez concluido este, deberá cumplir con un año de servicio social. El servicio social es una actividad obligatoria que deben de realizar los estudiantes de la carrera de medicina en comunidades urbanas o rurales <sup>1</sup>.

Uno de los principales motivos de descontento de los jóvenes médicos es que en los planes de la carrera no se incluyen las dificultades, ni se ofrecen las herramientas teóricas y metodológicas para enfrentarlas. Dado que, el inicio del servicio social implica para el médico, el desprendimiento de los espacios familiares y educativos conocidos, no cuentan con información previa del trabajo que deberán desempeñar, ni de las costumbres y creencias de las localidades en que van a desarrollarse profesionalmente; encontrándose en ocasiones en situaciones de aislamiento y vulnerabilidad, que se reflejan en una sensación de incertidumbre, descontrol y soledad que pueden llevar a fenómenos como la depresión y la inseguridad relacionada con su integridad personal <sup>1</sup>.

Como consecuencia de lo anterior mencionado, los daños a la salud mental son, actualmente, uno de los problemas más relevantes en la sociedad, por ejemplo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la segunda causa de mortalidad entre estudiantes universitarios de entre 19 y 25 años de edad, en donde representa el 8.5% del total de muertes en dicho grupo etario, como se sabe, la conducta suicida está precedida por otros trastornos, particularmente ansiedad y depresión, abuso en el consumo de alcohol y otras drogas, así como entornos sociales estresantes <sup>2</sup>.

Cuando ya han llegado a la etapa de ser pasantes de medicina enfrentan una serie de nuevos desafíos que pueden tener un impacto significativo en su salud mental y bienestar emocional. Empezando por el riguroso

currículo académico, la carga de trabajo intensa, la presión por atender a la población a su cargo, además de la etapa de desarrollo académico: tener mayor autonomía, asumir nuevos retos académicos, entre ellos, uno de los más importantes es decidir si continuar con una especialidad médica, decidir cuál de ellas será, prepararse para el examen nacional; aunado a lograr expectativas familiares y personales, desarrollar su sexualidad, relaciones de pareja, así como su identidad personal.

Al mismo tiempo se encuentran rodeados de factores negativos como el alejamiento de la familia, dependencia y/o dificultades económicas, dilema sobre su futuro y la necesidad de adaptación a la sociedad moderna y competitiva, por lo que pueden generar altos niveles de estrés, ansiedad y otros problemas mentales <sup>3</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional analítico, de corte transversal, prospectivo, de muestreo aleatorio simple. Realizado en el período Febrero 2023 - Febrero 2024, en las instalaciones del Distrito Sanitario No. VII, ubicado en la Carretera Antiguo Aeropuerto CP30795, Tapachula de Córdova y Ordoñez, Chiapas, México.

### POBLACIÓN

El universo del presente estudio fue de 130 médicos, constituidos por 42 médicos pertenecientes a la promoción Febrero 2023 - Enero 2024, 47 médicos de la promoción Agosto 2023 - Julio 2024 y 41 médicos pasantes de servicio social pertenecientes a la promoción Febrero 2024 - Enero 2025.

La muestra se obtuvo mediante muestreo aleatorio estratificado, seleccionándose uno por cada tres médicos, completándose un total de 42 médicos; 14 de la promoción Febrero 2023 - Enero 2024, 15 de la promoción Agosto 2023 - Julio 2024 y 13 de la promoción Febrero 2024 - Enero 2025.

### METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio fue aprobado por el Comité

de Ética e Investigación correspondiente y se desarrolló con base en la aplicación de cuatro cuestionarios, diseñados para evaluar los trastornos de salud mental seleccionados. Los cuestionarios se aplicaron de manera individual y anónima a los médicos pasantes de servicio social adscritos al Distrito de Salud VII, correspondientes a las tres promociones participantes en el estudio.

La aplicación de las encuestas se llevó a cabo después de una reunión informativa con los pasantes, previamente autorizada por la Coordinación de Enseñanza. Durante esta reunión, se explicó detalladamente el propósito y los procedimientos del estudio. Aquellos pasantes que aceptaron participar firmaron una carta de consentimiento informado antes de iniciar su participación.

Con fines organizativos y de comunicación, se formó un grupo de WhatsApp® exclusivo para los participantes del estudio. A través de este medio, se distribuyeron los cuestionarios, los cuales se completaron mediante la plataforma Google Forms®, asegurando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

### 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional, y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el burnout. El Cuestionario MBI es un instrumento diseñado por Maslach y Jackson (1981). Ha sido validado en diferentes contextos culturales y laborales<sup>4</sup>.

### 2. Inventario SISCO del estrés académico

El Inventario de Estrés Académico SISCO de Barraza (2018), se compone de 31 ítems: 1 ítem filtro en términos dicotómicos, con un escalamiento tipo Lickert numérico y de valores categoriales y validado por 20 expertos de las diferentes áreas involucradas<sup>5</sup>.

### 3. Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)

Es una herramienta que se conforma de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del participante. Fue creada por el profesor de

psiquiatría Max R. Hamilton en el año 1959, la escala que se aplicó en este estudio, fue extraída de la Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, 2010<sup>6,7</sup>.

### 4. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Este inventario ha sido validado para el idioma español desde 1993 y ha sido estandarizado para su aplicación en México<sup>2</sup>.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### Criterios de inclusión

- Médicos Pasantes de Servicio Social, promoción Febrero 2023 - Enero 2024, promoción Agosto 2023 - Julio 2024 y promoción Febrero 2024 - Enero 2025, adscritos al Distrito de Salud VII, Tapachula.

### Criterios de exclusión

- Pasantes de Servicio Social, de cualquiera de las promociones antes referidas, adscritos al Distrito de Salud VII, pero con otro perfil ocupacional.

### Criterios de eliminación

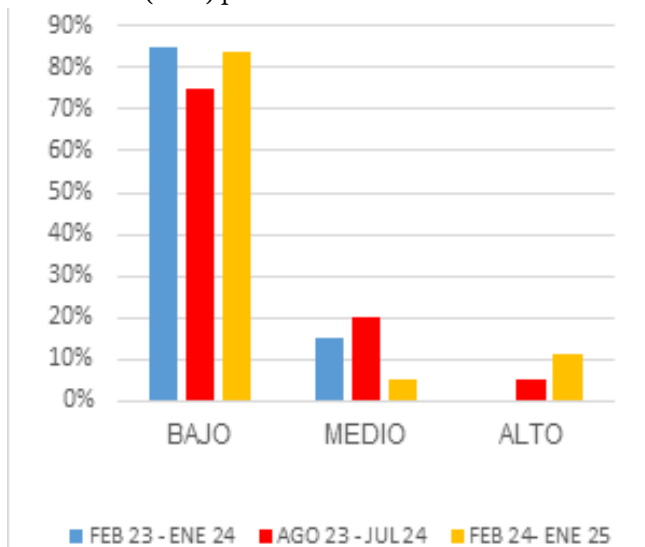
- Cuestionarios mal requisitados o incompletos.
- Médicos Pasantes de Servicio Social, de cualquiera de las promociones antes referidas, adscritos a otro Distrito de Salud.

## RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos de la aplicación de los cuatro instrumentos de recolección (MBI, SISCO, Hamilton y Beck), se realizaron los siguientes hallazgos.

La promoción Febrero 2023 – Enero 2024 presentó la prevalencia más alta de cansancio emocional leve (85%), en comparación con la promoción Agosto 2023 – Julio 2024, que mostró una prevalencia baja de este nivel (75%). Sin embargo, esta promoción evidenció una mayor prevalencia de cansancio emocional medio (20%). Por otro lado, la promoción Febrero 2024–Enero 2025 presentó la prevalencia más alta de cansancio emocional alto (11%) (*Figura 1*).

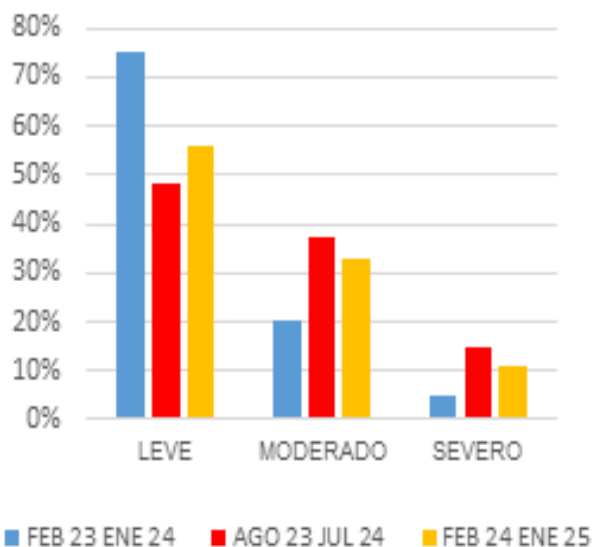
**Figura 1.** Cuertionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) para cansancio emocional



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (2024).

La promoción Febrero 2023 – Enero 2024 tuvo la mayor prevalencia de estrés leve (75%), mientras que la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 registró la prevalencia más baja en este nivel (48%). En contraste, la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 presentó las prevalencias más altas de estrés moderado (37%) y estrés severo (15%) en comparación con las demás cohortes (Figura 2).

**Figura 2.** Inventario de SISCO para estrés académico

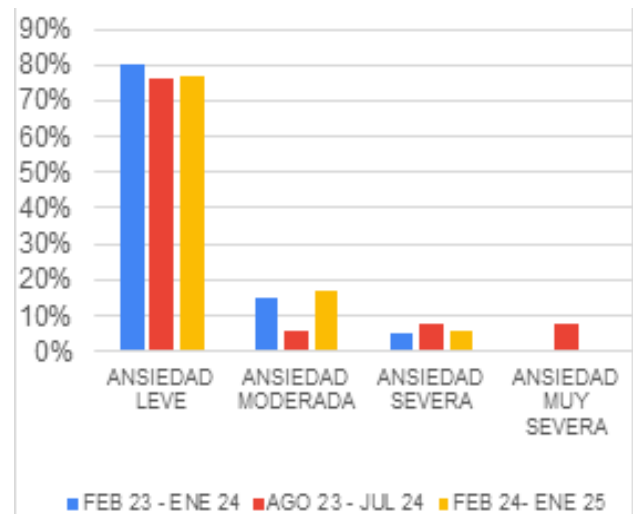


**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Inventario SISCO del estrés académico (2024).

La promoción Febrero 2023 – Enero 2024 tiene una mayor prevalencia de ansiedad leve con un (80%), respecto a la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 que cuenta con la menor prevalencia de ansiedad leve (77%). Se visualiza que la

Promoción Agosto 2023 – Julio 2024 tiene una mayor prevalencia de ansiedad severa (8%) y muy severa (8%) respecto a las otras promociones (Figura 3).

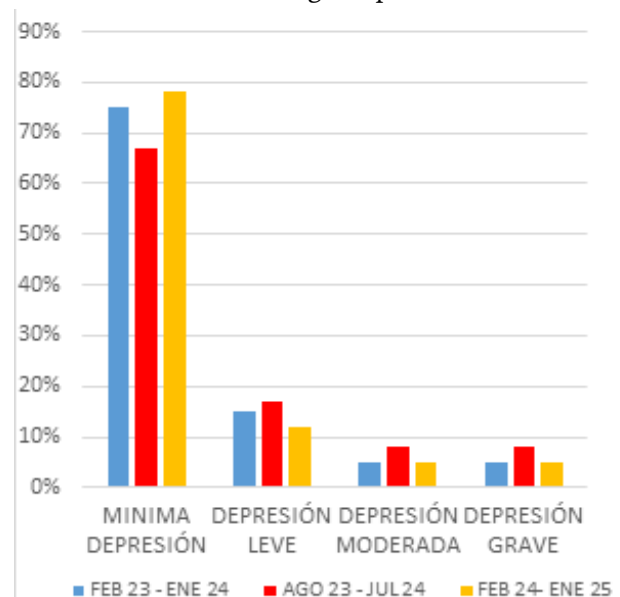
**Figura 3.** Escala de Ansiedad de Hamilton para ansiedad



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton (2024).

Finalmente, en relación con la sintomatología depresiva, se observó que la promoción Febrero 2024 – Enero 2025 registró la mayor prevalencia de sintomatología depresiva mínima (78%), seguida de la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 (67%). Por otro lado, la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 mostró las mayores prevalencias de sintomatología moderada y grave, superando a las otras dos cohortes. (Figura 4).

**Figura 4.** Inventario de depresión de Beck II para sintomatología depresiva



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck II (2024).

Los resultados del estudio evidenciaron diferencias significativas en la prevalencia de trastornos de salud mental entre las tres promociones de médicos pasantes evaluadas. Se observaron variaciones notables en los niveles de burnout, estrés, ansiedad y depresión, destacando patrones específicos en cada promoción. La promoción Febrero 2023 – Enero 2024 mostró niveles menores en todos los rubros analizados, en contraste, la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 presentó niveles más altos de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva. Por su parte, la promoción Febrero 2024 – Enero 2025 tuvo la mayor prevalencia de cansancio emocional alto, reflejando así las particularidades emocionales y mentales de cada cohorte.

## CONCLUSIÓN

La evaluación realizada mediante las pruebas MBI, SISCO, HARS y BDI-II demostró que el trastorno mental con mayor prevalencia fue burnout leve (85%), seguido por ansiedad leve (80%), depresión mínima (78%) y estrés leve (75%). Estos resultados indican que el Burnout es el trastorno de salud mental predominante en la población estudiada, descartando la hipótesis inicial de que la ansiedad sería el trastorno con mayor prevalencia.

El análisis de los resultados sugiere que las causas de los trastornos evaluados son multifactoriales. En el caso del burnout, factores como la sobrecarga laboral debido a la alta demanda en las unidades de salud, la falta de empatía entre algunos miembros del equipo de trabajo y la dificultad para establecer relaciones positivas contribuyen a generar un entorno laboral hostil. Por su parte, los factores relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión incluyen: dificultades económicas, la necesidad de emigrar por razones laborales, un estilo de vida inadecuado (mala alimentación y privación del sueño), la carga de responsabilidades adicionales (como estar casados o tener hijos), la percepción de incapacidad para desempeñar el trabajo de

manera eficaz, y problemas físicos como pérdida de cabello, exacerbación de dermatitis seborreica, gastritis e irritabilidad, derivados de horarios irregulares y la alta presión laboral.

Asimismo, se identificaron patrones específicos entre las promociones evaluadas. La promoción Febrero 2024 – Enero 2025 presentó la mayor prevalencia de burnout alto (11%), mientras que la promoción Agosto 2023 – Julio 2024 mostró los niveles más altos de estrés severo (15%), ansiedad severa y muy severa (8% cada una) y depresión moderada y grave (8% cada una). A diferencia de lo esperado, la promoción de nuevo ingreso (Febrero 2024 – Enero 2025) y la que está por culminar el servicio social (Febrero 2023 – Enero 2024) no registraron los niveles más elevados de los trastornos evaluados. En cambio, la promoción Agosto 2023 – Julio 2024, que se encuentra en una etapa intermedia de mayor carga laboral y coincide con procesos críticos como la preparación del Examen de Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior Examen (CENEVAL) para titulación, lo que podría influir en la presencia de las prevalencias más altas.

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar medidas preventivas, diagnósticas y de intervención orientadas a mejorar la salud mental de los médicos pasantes de servicio social, quienes enfrentan significativos desafíos emocionales y laborales en el desempeño de sus funciones.

## REFERENCIAS

1. Aguilar Soto, J. C. (2020). Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi-Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020. (6). Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Niveles+de+depresi%C3%B3n+y+ansiedad+en+el+personal+de+salud+del+Hospital+Modular+Virgen+de+ChapiHospital+Regional+Honorio+Delgado+Espinoza&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Niveles+de+depresi%C3%B3n+y+ansiedad+en+el+personal+de+salud+del+Hospital+Modular+Virgen+de+ChapiHospital+Regional+Honorio+Delgado+Espinoza&btnG=)
2. Ayala-Servín, N., Duré Martínez, M. A., Urizar González, C. A., Insaurralde-Alviso, A., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., ... & Torales, J. C. (2021). Inteligencia emocional asociada a niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de una Universidad pública. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(2), 51-60. (7) Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Inteligencia+emocional+asociada+a+niveles+de+ansiedad+y+depresi%C3%B3n+e](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Inteligencia+emocional+asociada+a+niveles+de+ansiedad+y+depresi%C3%B3n+e)

- [n+estudiantes+de+Medicina+de+una+Universidad+p%C3%BAblica&btnG=](#)
3. Brescia, M. S., de Mattos, S. N., Porto, V. M., Redes, M. L., & Wschebor, M. (2021). Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. *Revista medica del Uruguay*, 37(1). (8). Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168803902021000101203&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168803902021000101203&script=sci_arttext)
  4. Delgado Bustamante, Y. (2022). Estrés académico durante la COVID-19 en estudiantes universitarios de Medicina Humana, Chachapoyas-2021. (9) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192023000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192023000400007&lng=es)
  5. García Maldonado, G., Sánchez Márquez, W., Luque Ramos, A., & Herbert Zúñiga, K. A. (2021). Análisis predictivo y multidimensional de la salud mental en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 10(40), 9-18. (10). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v10n40/2007-5057-iem-10-40-9.pdf>
  6. Granados Cosme, J. A., Gómez Landeros, O., Islas Ramírez, M. I., Maldonado Pérez, G., Martínez Mendoza, H. F., & Pineda Torres, A. M. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigación en educación médica*, 9(35), 65-74. (2). Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Depresi%C3%B3n%2C+ansiedad+y+conducta+suicida+en+la+formaci%C3%B3n+m%C3%A9dica+en+una+universidad+en+M%C3%A9xico&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Depresi%C3%B3n%2C+ansiedad+y+conducta+suicida+en+la+formaci%C3%B3n+m%C3%A9dica+en+una+universidad+en+M%C3%A9xico&btnG=)
  7. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, 2010.
  8. Javea, H. A. I., & Cabrejos, W. M. S. (2020). Salud mental en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 9(33), 107-107. (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93523>
  9. Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. E. (2019). Habilidades clínicas, inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos pasantes de servicio social. *Investigación en educación médica*, 8(29), 76-84. (1) Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572019000100076&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572019000100076&script=sci_arttext)
  10. Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. D. L., Plascencia-Campos, A. R., Acosta-Fernández, M., & Aguilera Velasco, M. D. L. Á. (2022). Estrategias de afrontamiento ante el estrés de estudiantes de medicina de una universidad pública en México. *Investigación en educación médica*, 11(41), 18-25.12. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572022000100018&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572022000100018&script=sci_arttext)
  11. Programa de detección temprana y atención de la salud mental para Médicos Internos de Pregrado y Pasantes de Servicio Social de Medicina en México, (02 de septiembre), SSA, (11). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-deteccion-temprana-y-atencion-de-la-salud-mental-para-medicos-internos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina>
  12. Reyes, A. S., Castillo, L. O., & Saldaña, M. R. R. (2019). Habilidades sociales básicas y su relación con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). (12). Disponible en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art4.pdf>
  13. Reyes, M. H., García, L. E. P., González, J. L., Hermida, R. U., & Ríos-Carrillo, P. (2023). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios de la carrera de Médico Cirujano. (Reyes, 2023). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2023/mmf231a.pdf>
  14. Rojas-Miliano, C. (2020). Investigación y salud mental en la profesión médica. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 345-346. (10). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/2308-0531-rfmh-20-02-345.pdf>
  15. Ruvalcaba Pedroza, K. A., González Ramírez, L. P., & Jiménez Ávila, J. M. (2021). Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Investigación en educación médica*, 10(39), 52-59. (13). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572021000300052&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572021000300052&script=sci_arttext)
  16. World Mental Health, (2023, 31 de marzo), Depresión. Organización Mundial de la Salud Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/depression>
  17. WHO. (2023, 27 de septiembre), Trastornos de Ansiedad. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/anxietydisorders>
  18. 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](https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00549.x)

# PREVALENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2, IMSS, CHIAPAS

Martínez Núñez, Sergio D.<sup>1\*</sup>; Yoe Cueto, Karina de J.<sup>2</sup>

1 Residente de tercer año de especialidad en Medicina familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 25, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

2 Médica Especialista en Medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 25, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

\* Autor de correspondencia: [sergioty03@gmail.com](mailto:sergioty03@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La violencia en contra de las mujeres es un problema de salud pública a nivel mundial que se origina de manera individual y colectiva basándose en usos y costumbres de la sociedad es por eso que la OMS refiere que 1 de cada 3.5 mujeres ha percibido algún tipo de violencia durante algún momento de su vida, tal como la violencia obstétrica que se considera un tipo de violencia contra las mujeres que durante mucho tiempo se ha normalizado dentro del personal encargado de la atención del trabajo de parto en los hospitales públicos como privados.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2 (HGZ No.2) del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, de tipo transversal, observacional, descriptivo y prospectivo. Realizado a 270 pacientes que cursaron con puerperio inmediato en el HGZ No. 2 el IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se utilizó el instrumento “Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños adaptado a población mexicana (TDVO)”.

**Resultados:** La prevalencia de violencia obstétrica fue del 42%. El aspecto más común fue la prohibición de tener un acompañante durante el parto (93%). La mayoría de las mujeres tenían entre 18 y 27 años (50%) y estaban casadas (50%). El procedimiento no consentido más frecuente fue la prohibición de ingestión de alimentos y bebidas (62%). Solo el 21% de las mujeres conocía alguna ley que las protegiera contra la violencia obstétrica. El personal de enfermería estuvo involucrado en el 46% de los casos de violencia obstétrica.

**Conclusión:** La percepción de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2, Chiapas, es más elevado que el obtenido a nivel nacional.

**Palabras Clave:** Violencia obstétrica, puerperio inmediato, institucional.

# PREVALENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE IN WOMEN IN THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD TREATED AT THE GENERAL HOSPITAL OF ZONE NO. 2, IMSS, CHIAPAS

Martínez Núñez, Sergio D.<sup>1\*</sup>; Yoe Cueto, Karina de J.<sup>2</sup>

1 Residente de tercer año de especialidad en Medicina familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 25, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

2 Médica Especialista en Medicina familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 25, IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

\* Corresponding author: [sergioty03@gmail.com](mailto:sergioty03@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women is a global public health issue that originates on both individual and collective levels, rooted in societal customs and traditions. According to the WHO, 1 in 3.5 women has experienced some form of violence at some point in their lives. Obstetric violence, considered a type of violence against women, has long been normalized among healthcare personnel attending childbirth in both public and private hospitals.

**Objective:** To determine the prevalence of obstetric violence in women in the immediate postpartum period treated at the General Hospital of Zone No. 2 (HGZ No. 2) of the IMSS in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**Materials and methods:** A quantitative, cross-sectional, observational, descriptive, and prospective study was conducted with 270 patients in the immediate postpartum period at HGZ No. 2 of the IMSS in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. The "Test for Reporting Obstetric Violence in Hospitals in Extremadura Adapted to the Mexican Population (TDVO)" instrument was used.

**Results:** The prevalence of obstetric violence was 42%. The most common aspect identified was the prohibition of having a companion during childbirth (93%). The majority of the women were between 18 and 27 years old (50%) and married (50%). The most frequent non-consented procedure was the prohibition of food and drink intake (62%). Only 21% of the women were aware of any laws protecting them against obstetric violence. Nursing staff were involved in 46% of the reported cases of obstetric violence.

**Conclusions:** The perception of obstetric violence among women in the immediate postpartum period treated at the General Hospital of Zone No. 2, Chiapas, is higher than the national average.

**Key Words:** Obstetric violence, immediate postpartum, institutional.



## INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”<sup>1</sup>.

La violencia en contra de las mujeres es un problema de salud pública a nivel mundial, que se origina de manera individual y colectiva, basándose principalmente en los usos y costumbres de la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1 de cada 3.5 mujeres ha presentado algún tipo de violencia obstétrica, lo que la convierte en un problema de salud pública y de los derechos humanos<sup>2,3</sup>.

El Diario Oficial de la Federación, publicó la “Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” clasifica a la violencia contra la mujer en seis tipos<sup>4</sup>:

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Violencia sexual.
- Violencia patrimonial.
- Violencia económica
- Violencia obstétrica.

La violencia obstétrica, definida por la OMS como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado hacia la mujer embarazada en tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resulta amenazantes en el contexto de la atención de la salud, embarazo, parto y puerperio<sup>5</sup>.

El manual “El modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro de la secretaría de salud” de la secretaría de salud ha clasificado a la violencia obstétrica de la

siguiente manera<sup>6</sup>:

- Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria.
- Maltratos y humillaciones: frases denigrantes expresadas por el personal de atención del trabajo de parto.
- Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes.
- Diseño de presupuestos y espacios de atención materna.
- Maltrato cultural y social en salud reproductiva.

Estas prácticas y comportamientos son considerados violencia obstétrica y pueden tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres y sus hijos.

La OMS establece que todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención prenatal adecuada y a desempeñar un papel central en todos los aspectos de su atención. Esto incluye la minimización de la intervención tecnológica en el proceso de parto, la participación de profesionales de la salud que se centren en las necesidades individuales de la mujer y su familia y un enfoque holístico que abarque todos los aspectos de su bienestar. La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida NOM-007 SSA2-2016, enfatiza la importancia de mejorar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas, respetar su autonomía y decisiones sobre su atención, brindar apoyo emocional y psicológico, y eliminar cualquier práctica que pueda generar violencia o daño<sup>6,7</sup>.

La violencia obstétrica se puede manifestar a través de diferentes procesos en la prestación de servicios médicos, como<sup>8</sup>:

- Falta de atención oportuna a emergencias obstétricas.
- Omisión de información sobre riesgos y beneficios de procedimientos.
- Imposición de métodos anticonceptivos o esterilización sin consentimiento.

- Alteración del proceso natural del parto sin consentimiento.
- Obstaculización del apego precoz entre madre e hijo sin justificación médica.

Es importante destacar que estos procesos pueden tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres y sus hijos.

## LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) fue el pionero en reportar datos de suma importancia sobre la violencia obstétrica, en apoyo con La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, obteniendo como resultado que la prevalencia total de la violencia obstétrica a nivel nacional es de 33.4%, es decir, poco más de 2.9 millones de mujeres vivieron al menos una situación de maltrato en los últimos cinco años; cifras que no son tan alentadores para la atención obstétrica. En el mismo estudio, se presentan resultados interesantes sobre la prevalencia de violencia obstétrica donde destaca el Estado de México con la mayor prevalencia, 30.5%, mientras que Chiapas se encuentra en los últimos lugares, con un 20%<sup>9</sup>.

Existen factores que predisponen a una mala atención del sistema de salud, durante el embarazo, parto y puerperio y por lo consiguiente muerte materna, tales como pertenecer a grupos vulnerables como son grupos indígenas, nivel socioeconómico bajo, estado civil, menores de edad, mujeres con enfermedades infectocontagiosas, y migrantes<sup>10, 11</sup>.

## MARCO LEGAL EN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En nuestro país, las leyes que protegen a las mujeres de la violencia no incluyen de manera explícita la violencia obstétrica. Sin embargo, el estado de Chiapas ha sido pionero en abordar este tema. En el 2014, se adicionó el artículo 183 a la constitución estatal, que tipifica la violencia obstétrica como delito. Este artículo establece que se considera violencia obstétrica cualquier acto que implique la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer,

lo que resulta en la pérdida de su autonomía y capacidad para decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. La sanción para quienes cometan violencia obstétrica en Chiapas es severa.

Este avance legislativo en Chiapas es un paso importante para proteger a las mujeres de la violencia obstétrica y garantizar su derecho a una vida libre de violencia<sup>10, 12</sup>.

Con base a lo anterior realizamos este trabajo con el objetivo de determinar la prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No.2 (HGZ No. 2) del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación fue cuantitativo, transversal, observacional, descriptivo y prospectivo. Se realizó un muestreo aleatorio simple en un universo de 906 pacientes con puerperio inmediato, atendidas entre enero y junio de 2022. Aplicando la fórmula correspondiente a poblaciones finitas y un nivel de confianza  $Z$  del 95% y se obtuvo una muestra de 270 pacientes. Se utilizó el “Test de Violencia Obstétrica en los Hospitales Extremeños adaptado a población mexicana (TDVO)”, creado por las organizaciones civiles de Argentina “Dando a Luz y Maternidad Libertaria”. El TDVO tiene un alfa de Cronbach de 0.829.

La recolección de datos se dividió en tres partes:

1. Recopilación de datos sociodemográficos.
2. Aplicación del TDVO, compuesto por 12 preguntas, 11 de las cuales son dicotómicas con respuesta sí o no. La pregunta 5 se desglosa en 11 incisos (de la “a” a la “k”) que evalúan la realización de ciertas técnicas y procedimientos por parte del personal que atendió a la usuaria.
3. Pregunta para identificar quién genero violencia obstétrica, permitiendo elegir más de una opción.

Se asignó una puntuación positiva cuando la

respuesta fue afirmativa y se realizó la sumatoria. La puntuación media fue de 8 puntos, con un rango de 0 a 20 puntos. Se estableció un umbral de violencia obstétrica, considerando que las encuestas con un puntaje  $\leq 8$  puntos no presentaban violencia obstétrica, mientras que aquellas con un puntaje  $\geq 8$  puntos sí la presentaban.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Todo el análisis se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS versión 22 en español.

### ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo fue aprobado el comité local de investigación en salud No.703 y por el comité local de ética en investigación en salud No. 7038 de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### RESULTADOS

En relación con los datos sociodemográficos y socioeconómicos de las encuestas realizadas ( $n = 270$ ), se observó que el 50% de las mujeres pertenecen al grupo etario de 18 a 27 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 42 años, una media de 28 años, mediana de 27 años, moda de 22 años y desviación estándar (DE) de 6.38 años. En cuanto al estado civil, el 50% son casadas, el 36% están en unión libre y el 14% son solteras. Respecto a la escolaridad, el 40% tienen preparatoria, seguidas de secundaria con el 30%, licenciatura con el 16%, primaria con el 11% y sin escolaridad con el 3%. Acerca de la ocupación, las amas de casa representan el 34%, seguidas de las comerciantes o empleadas con el 28% y las profesionistas con el 10% y por último relacionado al número de embarazos, el 73% son multigestas y el 27% son primigestas (Tabla 1).

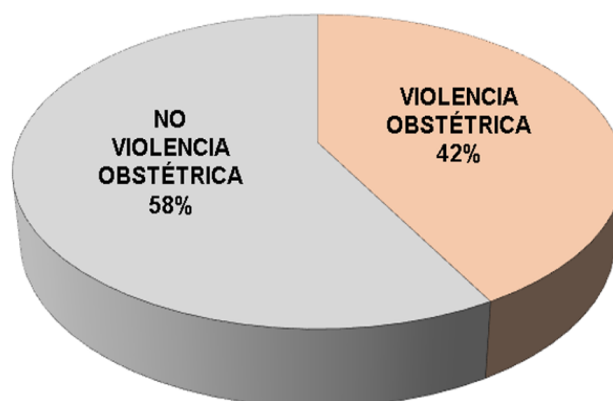
De acuerdo al test para denunciar la violencia obstétrica aplicado a mujeres con puerperio inmediato atendidas en el HGZ No 2. Chiapas, el resultado obtenido fue el siguiente: el 42% de las encuestadas, presentó violencia obstétrica y un 58% no presentó violencia (Figura 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y socioeconómicas ( $n=270$ ).

Variable	n	%
<i>Grupo etario</i>		
18 - 27	137	50.75
28 - 37	106	39.25
38 - 47	27	10.00
<i>Estado civil</i>		
Casada	137	50.75
Unión libre	96	35.55
Soltera	37	13.70
<i>Escolaridad</i>		
Lectura y escritura	8	2.96
Primaria	30	11.11
Secundaria	82	30.37
Preparatoria	107	39.63
Licenciatura	43	15.93
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	89	32.96
Comerciantes	77	28.52
Empleadas	77	28.52
Profesionistas	27	10.00
<i>Número de embarazos</i>		
Multigesta	196	72.60
Primigesta	74	27.40

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de cuestionarios sociodemográfico y socioeconómico en mujeres en puerperio inmediato derechohabientes del HGZ No. 2 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2024).

**Figura 1.** Violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el HGZ No. 2 ( $n= 270$ ).



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de aplicación de TDVO adaptada a población mexicana, en mujeres en puerperio inmediato derechohabientes del HGZ No. 2 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2024).

Sobre el trato del personal de salud hacia las mujeres encuestadas con el TDVO, se encontró que, el 24% fueron criticadas por su comportamiento, mientras que el 76% no recibió críticas. El 62% refirieron que las llamaban por sobrenombres o diminutivos, mientras que el 38% negó este trato. El 23% de las encuestadas recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, mientras que el 77% no las recibió. Se investigó cuál fue el procedimiento no autorizado y no explicado que con mayor frecuencia se realizó, encontrando que al 62% se le prohibió ingerir alimentos o bebidas, En relación al periodo de dilatación en el trabajo de parto, el 38% fueron obligadas a permanecer acostadas boca arriba, mientras que el 62% no las obligaron. En el 37% de los casos, presentaron privación de la deambulacion y/o buscar posiciones cómodas según sus necesidades, mientras que al 63% se les permitió caminar

o buscar posiciones deseadas. En el periodo de expulsión en el trabajo de parto, al 36% de los casos le impidieron tomar la postura más cómoda para pujar, mientras que al 64% no se lo impidieron. En cuanto al acompañamiento por alguien de confianza durante el trabajo de parto, se observó que al 93% no le fue permitido, mientras que el 7% sí se le permitió. El 33% señaló que al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, mientras que el 67% no se les impidió. El 36% refirió que la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable e insegura, mientras que el 64% no. El 21% indicó conocer alguna ley que puede respaldarlas contra la violencia obstétrica, mientras que el 79% las desconoce. Por último, se obtuvo que el personal de enfermería es quien más violencia obstétrica ejerce con un 46% de los casos, seguido por el personal médico con un 31% (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resultados de aplicación de TDVO (n=270)

Item	Sí		No	
	n	%	n	%
1. ¿El personal criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	67	24.81	203	75.19
2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando tu nombre en tono cariñoso?	168	62.22	102	37.78
3. ¿Fue criticada por llorar, gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?	63	23.33	207	76.67
4. ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes?	165	61.11	105	38.89
5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios? Señale cuales.				
a.- Prohibición de ingerir alimentos y bebidas	168	62.22	102	37.78
b.- Indicación de permanecer acostado todo el tiempo	160	59.26	110	40.74
c.- Uso de enema	14	5.19	256	94.81
d.- Ruptura artificial de la bolsa	98	36.30	172	63.70
e.- Rasurado de genitales	125	46.30	145	53.70
f.- Administración de medicamentos para acelerar el parto	125	46.30	145	53.70
g.- Tactos vaginales reiterados por diferentes personas	63	23.33	207	76.67
h.- Compresión de abdomen en el momento del parto	5	1.85	265	98.15
i.- Episiotomía	125	46.30	145	53.70
j.- Cesárea	63	23.33	207	76.67
k.-Legrado	5	1.85	265	98.15
6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba?	104	38.52	166	61.48
7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones más cómodas?	101	37.41	169	62.59
8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para pujar?	98	36.30	172	63.70
9. ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?	251	92.96	19	7.04
10. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de los cuidados rutinarios?	89	32.96	181	67.04
11. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	98	36.30	172	63.70
12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?	57	21.11	213	78.89

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de aplicación de TDVO adaptada a población mexicana, en mujeres en puerperio inmediato derechohabientes del HGZ No. 2 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2024).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, realizado en mujeres en puerperio inmediato atendidas en el HGZ No. 2 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas, se encontró que el 42% de las encuestadas percibieron haber sido víctimas de violencia obstétrica. Además, el 93% de las participantes refirieron que se les negó la posibilidad de estar acompañadas por una persona de confianza durante el proceso de parto, mientras que solo el 21% conocían alguna legislación que las protege contra la violencia obstétrica. Estos hallazgos son comparables a los reportados en investigaciones previas realizadas en Sonora y Oaxaca, donde el 37.7% y el 26.4% de las mujeres, respectivamente, percibieron violencia obstétrica. En ambos estudios, una de las conductas más frecuentes fue la negativa a permitir la presencia de un acompañante durante el parto<sup>13, 14</sup>. No obstante, nuestros resultados difieren de los obtenidos en el estudio nacional del INEGI (2016), en el que el 33.4% de las mujeres percibieron violencia obstétrica, siendo los gritos y regañones (11.2%) la conducta más reportada<sup>9, 11</sup>. Cabe destacar que en nuestro estudio se utilizó el mismo instrumento de evaluación, el Test para Denunciar la Violencia Obstétrica (TDVO), adaptado para población mexicana. Esto resalta que la violencia obstétrica es un problema extendido en México, lo que subraya la necesidad de implementar acciones concretas para su prevención y erradicación.

Encuanto a las características sociodemográficas, el 50% de las participantes se encontraban en el rango de edad de 18 a 27 años, con una edad promedio de 27 años, lo cual coincide con los hallazgos de Palomino *et al.* y Guerrero-Sotelo *et al.*, quienes identificaron grupos predominantes de 18 a 25 años y 18 a 35 años, respectivamente. Respecto al estado civil, el 50% estaban casadas, el 36% en unión libre y el 14% eran solteras, datos consistentes con los reportes del estudio de Guerrero-Sotelo y colaboradores en Oaxaca, México<sup>13, 14</sup>.

En relación con los procedimientos realizados sin consentimiento informado ni explicación previa, la prohibición de ingesta de alimentos fue la práctica más frecuente (62%). Este hallazgo difiere de estudios previos en Oaxaca y

Sonora, donde los procedimientos más comunes fueron el rasurado genital y la episiotomía. En contraste, las prácticas menos reportadas en este estudio fueron la compresión del abdomen durante el parto y el legrado, con un 2% cada una, coincidiendo con los hallazgos en Oaxaca, donde el legrado también fue una intervención poco frecuente<sup>13, 14</sup>.

Adicionalmente, se observó que el nivel de conocimiento sobre leyes que protegen contra la violencia obstétrica es limitado y similar en Sonora (15.6%)<sup>13</sup>, Oaxaca (17.5%)<sup>14</sup> y Chiapas (21%), lo que evidencia una brecha generalizada en la concienciación sobre los derechos legales de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

Finalmente, el personal de enfermería fue identificado como el principal responsable de actos de violencia obstétrica en este estudio (45%). Este resultado contrasta con los reportes de Pineda-Bolaños *et al.* en Chiapas (2023), quienes señalaron a los médicos especialistas en ginecología y obstetricia como los principales perpetradores, seguidos por médicos residentes y estudiantes. Sin embargo, cabe mencionar que dicho estudio no incluyó a otras categorías de personal, lo que limita la comparabilidad de los resultados<sup>15</sup>.

## CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia que la percepción de violencia obstétrica en mujeres en puerperio inmediato atendidas en el HGZ No. 2, supera significativamente los niveles reportados a nivel nacional por el INEGI. Esta percepción está estrechamente vinculada con factores sociodemográficos como la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación, además de estar influenciada por los usos y costumbres específicos de cada población, lo que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres afectadas.

Un hallazgo preocupante es la normalización de los actos y procedimientos que constituyen violencia obstétrica, tanto por parte del personal de salud como de las pacientes, lo cual perpetúa este problema. La falta de acceso a información clara y el desconocimiento de los derechos relacionados con una atención obstétrica segura y respetuosa agravan aún más la situación.

A pesar de los esfuerzos realizados por instituciones como el IMSS para mejorar la calidad de la atención obstétrica, persisten prácticas inadecuadas que afectan negativamente a las mujeres. La violencia obstétrica no solo tiene un impacto directo sobre las pacientes, sino que también repercute en la sociedad y el sistema de salud, subrayando la urgente necesidad de implementar políticas efectivas y programas de concienciación que garanticen una atención obstétrica digna y respetuosa para todas las mujeres.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Online].; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
2. Fernández BF, Enríquez Hernández CB, López Mora G, Contreras Miranda MdJ, Hernández Cruz C. Violencia obstétrica frente a la condición de género. In Maldonado Berea GA, De la Fuente Valdez SM. Las TIC y Género: Interrelación y Efectos. Libro colectivo. Monterrey: Tendencias; 2021. p. 181 - 209.
3. Ramírez Saucedo MD, Hernández Mier C, Ceballos García GY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Revista CONAMED. 2021; 26(3): p. 149 - 155.
4. Cámara de Diputados del Honorable Consejo de la Unión. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. 2024.
5. Soto-Toussaint LH. Violencia obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología. 2016; 39(1): p. S55 - S60.
6. Secretaría de Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, enfoque humanizado, intercultural y seguro. 2017. Guía de Implantación.
7. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016.
8. Correa Castañeda N, Aguirre Arenas JA, Camacho Prada JY, Posada Morales MN. Derechos durante el parto, según recomendaciones OMS(2018): Percepción de las mujeres. Cuaderno de Investigaciones Semilleros Andina. ;(13): p. 61 - 70.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2021. 1st ed. Aguascalientes: INEGI; 2024.
10. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Violencia obstétrica. In GIRE. El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes.; 2021. p. 87 - 155.
11. Aranda-Téllez CA, Yam-Chalé HA. Violencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales. Salud Pública de México. 2020; 62(3): p. 232.
12. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Código penal para el estado de Chiapas. 2018.
13. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutiérrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. SANUS Revista de Enfermería. 2019; 2(3): p. 14-21.
14. Guerrero-Sotelo RN, Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández-Arsola LI, Gutiérrez-Bustamante A. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020; 28(4): p. 301 - 309.
15. Pineda Bolaños FL, Balcazar Rincón LE, Ramírez Alcántara YL, Díaz Moreno LA. Violencia obstétrica en mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto al Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas. Anales de Medicina Universitaria. 2023; 2(1): p. 25-31. 🌐

# CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO DERECHO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”, IMSS BIENESTAR

Díaz Moreno, Mario H.<sup>1\*</sup>

1 Médico radiólogo adscrito al servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar.

\* Autor de correspondencia: [radiologomariodiaz@hotmail.com](mailto:radiologomariodiaz@hotmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio celómico superficial, es una neoplasia benigna en gran parte de los casos de en 70 – 80%, 5 – 10% tiene cierto potencial maligno, y 20 – 25% son malignos <sup>1-6</sup>. Solo el 10 – 20% de los casos son bilaterales. Las lesiones quísticas gigantes de ovario, que se definen con más de 10 centímetros en su diámetro mayor, son hallazgos raros en la práctica clínica actual. Debido a la rareza y la falta de un concepto estandarizado, no se puede determinar la tasa de incidencia o prevalencia de estos tumores, es relativamente poco frecuente, de crecimiento lento y causa desconocida <sup>4, 7-12</sup>. Suele ocurrir en mujeres adultas de todas las edades, con un promedio de 40 a 60 años.

**Descripción del caso clínico:** Paciente femenina de 27 años, previamente sana, ingresó al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por dolor abdominal progresivo y aumento de volumen en fosa iliaca derecha con 4 días de evolución. No presentó náuseas, vómitos ni fiebre. El examen físico reveló una masa dura, móvil y dolorosa en dicha región. El ultrasonido abdominal mostró una lesión heterogénea de 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volumen de 1264 ml) que comprimía y desplazaba órganos vecinos. Durante laparotomía exploratoria se identificó una lesión de 10 x 8 cm dependiente del ovario derecho, acompañada de múltiples focos endometriósicos. El diagnóstico histopatológico confirmó un cistoadenoma seroso infartado con extensas áreas de hemorragia y trombosis organizada. La paciente evolucionó de manera favorable.

**Conclusiones:** El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno poco común cuyo diagnóstico se basa en el examen físico y estudios imagenológicos, como la clasificación O-RADS. Suele manifestarse con síntomas compresivos que requieren extirpación quirúrgica. La detección temprana es crucial para prevenir complicaciones, especialmente en tumores de gran tamaño. Un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado dependen de la integración de datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos y morfológicos, lo que mejora la precisión diagnóstica y guía los esfuerzos del equipo de salud.

**Palabras Clave:** Caso clínico; Cistoadenoma seroso; Patologías de ovario.

# GIANT SEROUS CYSTADENOMA OF THE RIGHT OVARY: CASE REPORT FROM THE “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA” REGIONAL HOSPITAL, IMSS BIENESTAR

Díaz Moreno, Mario H.<sup>1\*</sup>

1 Médico radiólogo adscrito al servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar.

\* Corresponding author: [radiologomariodiaz@hotmail.com](mailto:radiologomariodiaz@hotmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Serous ovarian cystadenoma is a type of tumor derived from the superficial coelomic epithelium, classified as benign in 70 – 80% of cases, with 5 – 10% having malignant potential and 20 – 25% being malignant<sup>1-6</sup>. Only 10 – 20% of cases are bilateral. Giant ovarian cystic lesions, defined as those exceeding 10 centimeters in their largest diameter, are rare findings in current clinical practice. Due to their rarity and the lack of a standardized concept, the incidence or prevalence rates of these tumors cannot be accurately determined. They are relatively uncommon, slow-growing, and of unknown cause<sup>4, 7-12</sup>. They typically occur in adult women of all ages, with an average age of 40 to 60 years.

**Description of the clinical case:** A 27-year-old female, previously healthy, presented to the "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Regional Hospital, IMSS Bienestar, in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, with progressive abdominal pain and increased volume in the right iliac fossa over four days. She reported no nausea, vomiting, or fever. Physical examination revealed a hard, mobile, and tender mass in that region. Abdominal ultrasound identified a heterogeneous lesion measuring 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volume: 1264 ml), compressing and displacing adjacent organs. During exploratory laparotomy, a 10 x 8 cm lesion dependent on the right ovary was identified, accompanied by multiple endometriotic foci. Histopathological diagnosis confirmed an infarcted serous cystadenoma with extensive areas of hemorrhage and organized thrombosis. The patient had a favorable recovery.

**Conclusions:** Giant serous cystadenoma is an uncommon benign tumor, with diagnosis relying on physical examination and imaging studies such as the O-RADS classification. It often presents with compressive symptoms requiring surgical removal. Early detection is essential to prevent complications, especially in large tumors. Accurate diagnosis and appropriate treatment depend on integrating clinical, laboratory, imaging, and morphological data, improving diagnostic precision and guiding the efforts of the healthcare team.

**Key Words:** Case report; Serous cystadenoma; Ovarian pathologies.



## INTRODUCCIÓN

Las masas anexiales en ginecología, representan la tercera causa de intervención quirúrgica, así como motivo de consulta y de estudios radiodiagnósticos<sup>1, 5, 6, 12</sup>. Éstas pueden encontrarse en diferente grupo etario, por lo que su prevalencia varía ampliamente dependiendo de la población estudiada, los criterios empleados y la presentación clínica ultrasonográfica<sup>11, 13</sup>. Se distinguen fundamentalmente tres grupos de tumores de ovario, considerando el origen de las células que lo componen: epiteliales, estromales y de células germinales. Además, se reconocen tres tipos histológicos principales basados en la diferenciación del epitelio neoplásico: tumores serosos, mucinosos y endometrioides.

Para definir un quiste gigante de ovario existen criterios (divergentes y pocos argumentados) según el peso, tamaño y exploración clínica radiológica<sup>11, 13</sup>. Según González y cols.<sup>3</sup>, algunos autores fijan como límite 11.3 kg de peso; un grupo los incluye con más de 12 kg; y otros, con un peso mayor de 20 kg<sup>3, 10</sup>. Desde el punto de vista clínico, son aquellos que alcanzan una altura superior al nivel del ombligo<sup>5, 13</sup>. Los quistes gigantes de ovario, que se definen con más de 10 centímetros en su diámetro mayor, son hallazgos raros en la práctica clínica actual.

Debido a la rareza y la falta de un concepto estandarizado, no se puede determinar la tasa de incidencia o prevalencia de estos tumores<sup>9-11, 13</sup>. La nuliparidad, los antecedentes familiares, las mutaciones, la disgenesia gonadal de las niñas, mujeres de 40 a 59 años que toman anticonceptivos orales, y el tabaquismo, constituyen factores de riesgo que predisponen a la aparición de los tumores de ovario<sup>13</sup>. Dentro de los tumores de ovario, alrededor del 30% corresponden a cistoadenomas serosos, los cuales se originan en el epitelio celómico superficial y son formados por áreas quísticas generalmente uniloculares<sup>10, 12, 14-16</sup>. Esta variedad histológica es benigna en el 70 a 80% de los casos, limítrofes en el 5 al 10%, y malignos en el 20 al 25%<sup>1, 6, 16</sup>. Muchas de estas lesiones ováricas son

detectadas incidentalmente, para lo cual las diferentes técnicas de imagen juegan un papel crucial a la hora del análisis morfológico y la caracterización precisa de las mismas que permitan evitar la intervención quirúrgica en el caso de lesiones benignas o la posibilidad de preservación de parénquima ovárico para favorecer la fertilidad<sup>5, 9-13, 16, 17</sup>.

En el grupo de edad fértil (25 – 40 años) la prevalencia de masas anexiales detectadas por ultrasonido es del 7.8%<sup>1</sup>, pubertad 1 – 12%, postmenopausia 14 – 18%, embarazadas 0.2 – 5% . Al detectar una masa anexial, se debe descartar patologías no ginecológicas como apendicitis, diverticulitis<sup>6, 7, 18-20</sup>; así como la presentación aguda o asintomática de éstas. Tales como embarazo ectópico, o torsión ovárica que requiera intervención quirúrgica inmediata<sup>3</sup>. La presentación asintomática, permite realizar un protocolo adecuado para excluir el riesgo de malignidad, por medio del marcador tumoral CA 125 con punto de corte 65 UI/ml<sup>7</sup>, índice de ROMA con punto de corte  $\geq 1.31$  en premenopáusicas y postmenopáusicas  $\geq 2.77$ <sup>3</sup>, IRM de Jacobs con punto de corte  $> 200$  para pre y postmenopáusicas; así como los criterios ecográficos simples sugestivos de malignidad como<sup>8, 12, 18-21</sup>:

- Componente sólido.
- Ascitis.
- Tumor mayor a 10 cm.
- Papilas mayores a 4.
- Septos de 3 mm o más

Las principales pruebas de imagen usadas para el estudio de la patología ovárica-anexial son la ecografía y la resonancia magnética (RMN) en consenso con la Escala Internacional de Análisis de Tumores Ováricos (IOTA)<sup>20, 21</sup>. El O-RADS es específico para cada técnica (el O-RADS US se utiliza para la valoración ecográfica y el O-RADS MRI para la valoración en RMN)<sup>8, 20</sup>; estandariza el léxico usado para garantizar que los informes ecográficos y de RMN sean uniformes, asignando con precisión cada lesión a una categoría de riesgo de malignidad IOTA<sup>18 - 21</sup>. Aunque el carcinoma

ovárico es raro en paciente premenopáusicas<sup>13</sup>. El manejo de las masas anexiales de etiología benigna puede ser expectante cuando son menores a 6 cm o presentan comorbilidades, con seguimiento ultrasonográfico durante 1 año sin componente sólido<sup>5, 8, 10, 11, 14, 16, 17</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, de piel morena, procedencia rural-urbana, con antecedentes de salud aparente y una historia obstétrica de dos embarazos, un parto y una cesárea. Inició su vida sexual activa a los 17 años y tuvo su última menstruación seis meses previos a la consulta. Acudió al Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, IMSS Bienestar, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, refiriendo dolor abdominal progresivo localizado en la fosa iliaca derecha, con 4 días de evolución, sin presentar náuseas, vómitos ni fiebre.

Al examen físico, las mucosas se observaron húmedas y normocoloreadas. Abdomen con presencia de distensión, dolor a la palpación profunda con mayor intensidad en la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se identificó una masa dura, móvil y ligeramente dolorosa en la fosa iliaca derecha, con matidez a la percusión y presencia de ruidos hidroaéreos a la auscultación. Los signos vitales mostraron una frecuencia cardiaca de 84 lpm y presión arterial de 132/80 mmHg. En el examen ginecológico, los genitales externos y el tacto vaginal no evidenciaron alteraciones.

Los estudios complementarios arrojaron los siguientes resultados:

- Hemoglobina 15.1 g/L
- Glucemia 3.8 mmol/L
- Creatinina 89 mmol/L
- Coagulograma con tiempo de sangrado de 3 minutos y coagulación de 5 minutos.
- Conteo de plaquetas de  $309 \times 10^9/\text{mm}^3$ .
- Electrocardiograma normal.

El ultrasonido abdominal reveló una lesión heterogénea de gran tamaño, con dimensiones de 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volumen: 1264 ml) (Figura 1).

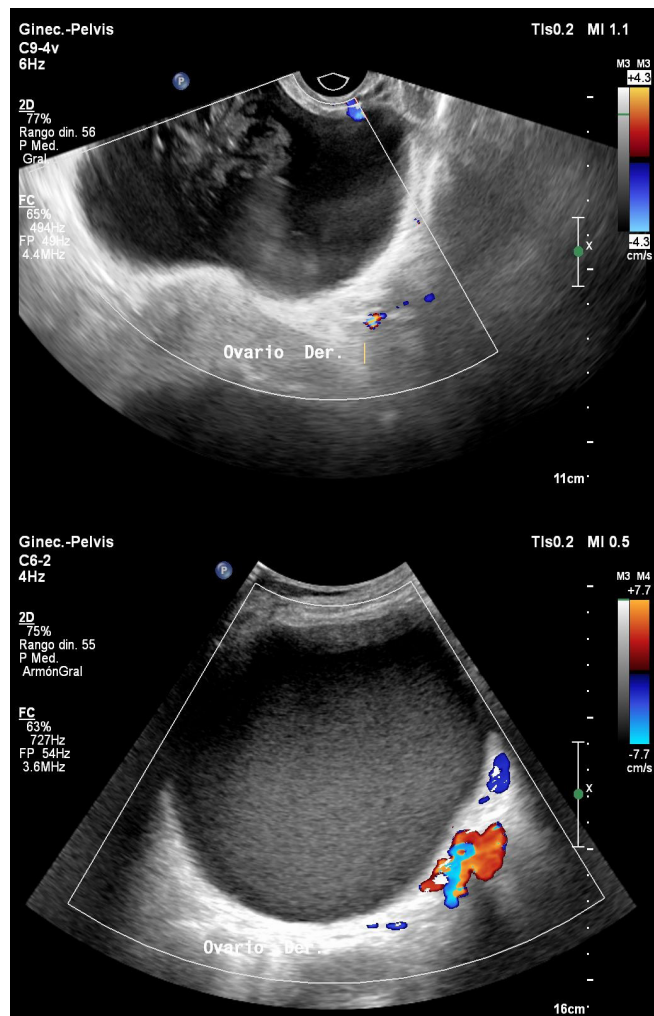
Figura 1. Lesión ovárica derecha.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La lesión mostró un nivel líquido/líquido en su interior, con escaso material ecogénico reticulado y bordes cóncavos, además de refuerzo acústico posterior y escaso flujo vascular periférico (Figura 2).

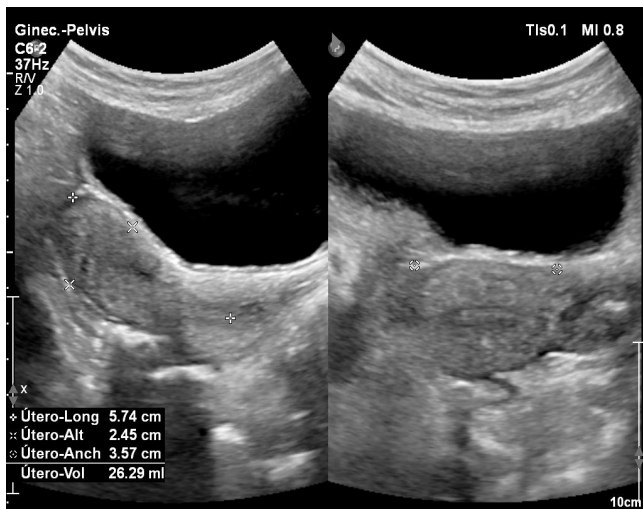
Figura 2. Características ecográficas de la lesión.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La lesión comprimía y desplazaba órganos adyacentes (*Figura 3*).

**Figura 3.** Relación con órganos adyacentes.

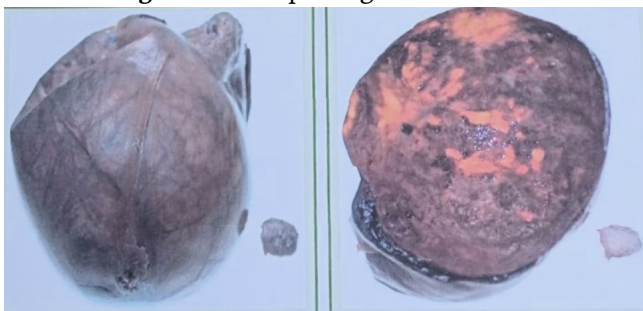


Fuente: Elaboración propia (2024).

Se realizó una laparotomía exploratoria, donde se identificó una lesión dependiente del ovario derecho, de 15 x 8 cm, acompañada de múltiples focos endometriósicos. El ovario izquierdo era normal.

El estudio histopatológico confirmó un cistoadenoma seroso infartado con extensas áreas de hemorragia y trombosis organizada, así como una trompa uterina infartada (*Figura 4*). No se encontró evidencia de neoplasia maligna.

**Figura 4.** Histopatología de la lesión.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La paciente evolucionó de manera satisfactoria tras la intervención.

## CONCLUSIONES

El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno poco frecuente, debido a ello, el examen físico y los estudios imageneológicos basados en la clasificación O-RADS constituyen la pieza fundamental en el diagnóstico de los tumores de ovario, la

mayoría de las veces comienza con clínica compresiva que obliga a su extirpación laparotómica, como lo fue en nuestro caso. Los tumores ováricos necesitan ser diagnosticados tempranamente para prevenir complicaciones durante la cirugía, especialmente cuando alcanzan un gran tamaño en la cavidad abdominal y pélvica.

El seguimiento de estas afecciones debe ser una prioridad, para evitar recaídas y problemas posteriores. De ahí la importancia de contar con los datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos para el diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico del tumor, que sumados al análisis morfológico de la citología, aumentan la eficacia diagnóstica, ya que la búsqueda de mejores resultados constituye un desafío y un objetivo que debe guiar los esfuerzos de todo el equipo de salud involucrado.

## REFERENCIAS

1. Ayala Peralta FD, Quiñones Vasquez L, Sandoval Valiente L, Garrido Rivadeneira D. Cistoadenoma seroso ovárico gigante en la posmenopausia. Reporte de un caso. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2020;9(1):53–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2020190>
2. Magaña ÁL. Cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho. Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2022;10(3). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e984/831>
3. González Machado JD, Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo. Granma. Cuba, Fonseca Sosa FK. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024;84(01):78–83. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v84n1/0048-7732-og-84-01-78.pdf>
4. Delgado-Alcívar K, Constante-Guanochanga V, Delgado-Alcívar S, Álvarez-Zevallos C, García-Guagua K. Cistadenoma seroso gigante de ovario: reporte de un caso en Ecuador. Braz J Hea Rev [Internet]. 2023;6(5):24884–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n5-529>
5. Remedios IB, Rojas ARG. Quiste gigante de ovario. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2020;49(3):e0200457–e0200457. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/457>
6. Berroterán Y, Castro M, Rivero J, Bosque V. Tumores de ovario: correlación clinicopatológica. Experiencia de 8 años en un único centro hospitalario. Rev Cien CMDLT

- [Internet]. 2022;16(Suplemento). Disponible en: <https://cmdltditorial.org/index.php/CMDLT/article/view/217>
7. Daza Rueda YP, Basantes Suárez PS, Andino Urquiza CA, Calderón Pasquel GS, Alvarado Álvarez JS. Cistoadenoma seroso gigante y poliquistosis de ovario contralateral: reporte de un caso. *Metro Ciencia*. 2023;31(2):61–6.
  8. Cadena A, Tapia Avila VH, Santamaría MV, Otañez JC. Correlación clínico, quirúrgica, imagenológica y patológica de los cistoadenomas gigantes de ovario, presentación de 2 casos clínicos. *Mediciencias UTA*. 2023;7(3):86–91.
  9. Santoni CJ, Fajardo JF, Becerra A. Cistoadenoma seroso gigante de ovario complicado con torsión pedicular: reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2019;79(4):259–62. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/20397](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20397)
  10. Barragán Manrique KDC, Rivadeneira Torres KE, Moran López JA, Rosas Borja CJ, Miranda Velázquez E, Ceballos Antequera ER. Cistoadenoma seroso vs mucinoso de ovario, una visión desde el punto de vista imagenológico. *Revista Ocronos* [Internet]. 2024;7(5):38. Disponible en: <https://revistamedica.com/doi-cistoadenoma-seroso-vs-mucinoso-ovario/>
  11. Jiménez García S, Izquierdo Alabau J, Monge Illanes A. Tumoración abdominopélvica gigante: a propósito de un caso clínico. *Atalaya Médica Turolense*. 2020;(19):74–5.
  12. León-Gil M del S, Morgan-Ortiz F, Peraza-Garay F. Recurrencia de masas anexiales benignas en un periodo de 5 años en un hospital de segundo nivel. *REVMEDUAS* [Internet]. 2007;10(3):112–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinaloa/uas-2020/uas203b.pdf>
  13. De Moraes Delgado FG, Moreira de Mesquita FB, Teixeira Lessa R, Ribeiro Cesar M, Amaral Avidago E, Laizo A. Relato de caso de um cistadenoma seroso gigante de ovário em paciente com grande massa abdominal\*. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2023;102(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i6e-204366>
  14. Expósito Fernández R, Navarro Rodríguez M. Tumor mucinoso gigante ovárico. Caso clínico. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;48(2):127–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.10.003>
  15. Gómez G, Palacios Y, Fiallos J, Pérez G. Análisis social sobre informe de un caso clínico quirúrgico: Cistoadenoma mucinoso de ovario. *Journal of business and entrepreneurial studies* [Internet]. 2020;4(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573661266021>
  16. Pairola G, Montenegro S, Torres N, Nocito AL. Rol de la citología en el diagnóstico intraoperatorio de lesiones neoplásicas del ovario y correlación histológica. *Rev Med Rosario* [Internet]. 2021;87(2):51–5. Disponible en: <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/137>
  17. Moya Sánchez E, Pérez Naranjo P, Díaz Rubia L, Gutiérrez Sainz J. Cistoadenofibroma seroso ovárico gigante. *Cir Andal*. 2020;31(4):534-35. DOI: 10.37351/2020314.15. *Cirugía Andaluza*. 2020;31(4):534–5.
  18. ISUOG. Entrenamiento Básico ISUOG. Examen de los Ovarios y los Anexos [Internet]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/3383863f-15a1-437f-93271156bc7e1c07/Lecture-28-Examining-the-ovaries-and-adnexae-Spanish-rev-CV-1019.pdf>
  19. ISUOG. Entrenamiento Básico ISUOG. Imágenes Ultrasonográficas Típicas De Patologías Comunes en los Anexos [Internet]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/32407e6b-683f-41c1-96a599ec63f9452f/Lecture-29-Imagenes-ultrasonograficas-tipicas-de-patologias-comunes-en-los-anexos-rev-CV-1019.pdf>
  20. Murphy LB, Tarraubella DXC, Lara DD, Araez DAC, Bordas PMT, Rodríguez DMU. O-RADS: revisión pictográfica del sistema de informe radiológico estandarizado de las lesiones ováricas-anexiales basado en casos de nuestro centro. *seram* [Internet]. 2022;1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8919>
  21. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group: Definitions for sonography of adnexal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2000;16(5):500–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0705.2000.00287.x>
  22. Cañizares JCA, Lorenzo JAP, Aja LT. Cistoadenoma seroso de ovario. Presentación de un caso Serous cystadenoma of the ovary. A case report [Internet]. *Sld.cu*. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45253/4633> 🌐

---

**Citar como:** Diaz Moreno MH, Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho: Reporte de un caso en el Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, IMSS Bienestar. *AMU*. 2025;3(3):116-121. Doi: [10.31644/AMU.V03.N03.2025.A14](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N03.2025.A14).

# FRACTURA TRANSTROCANTÉRICA DE CADERA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL HOSPITAL GENERAL “TACUBA”, MÉXICO, EN EL PERIODO 2020 - 2023

*Salinas Velázquez, Orli<sup>1\*</sup>; Baños Sánchez, Arturo<sup>2</sup>*

- 1 Residente de la especialidad en Ortopedia y traumatología con sede en el Hospital General "Tacuba", ISSSTE, Ciudad de México, México.
- 2 Médico Especialista en Ortopedia y traumatología, Hospital General de Tacuba, ISSSTE, Ciudad de México, México.

\* Autor de correspondencia: [DR.SALINASg5@gmail.com](mailto:DR.SALINASg5@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** Las fracturas de cadera representan un grave problema de salud pública, especialmente en adultos mayores. A nivel mundial y en México, su incidencia es alta, con un mayor impacto en mujeres. Las caídas son la principal causa, y estas fracturas generan discapacidad, pérdida de independencia y aumentan la mortalidad. Los factores de riesgo incluyen la osteoporosis, la edad avanzada y las comorbilidades. El tratamiento suele requerir cirugía y rehabilitación. Dada la importancia de este problema, es necesario profundizar en la investigación para desarrollar estrategias de prevención y mejorar la atención a estos pacientes.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de fracturas de cadera transtrocantéricas en adultos mayores del Hospital General de Tacuba, de la ciudad de México e identificar los factores de riesgo asociados y las técnicas quirúrgicas utilizadas en su tratamiento.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo. Muestra de 30 expedientes de derechohabientes del Hospital General de Tacuba, ISSSTE, Ciudad de México; México, con diagnóstico de fractura transtrocantérica intervenidos quirúrgicamente por técnicas de RCFI o RAFI. Se recolectaron datos de edad, sexo, comorbilidades, técnica quirúrgica, estado de independencia y satisfacción postoperatoria. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS, utilizando pruebas descriptivas y medidas de tendencia central.

**Resultados:** Se evaluó a 30 pacientes con fractura de cadera transtrocantérica, predominantemente mujeres mayores de 80 años con múltiples comorbilidades. Se encontró que la mayoría de los pacientes experimentaron dolor crónico postquirúrgico, a pesar de que la técnica de reducción cerrada con fijación interna fue la más utilizada. Si bien la mayoría de los pacientes lograron una buena recuperación funcional, se identificaron tiempos de espera prolongados para la cirugía y complicaciones en algunos casos.

**Conclusiones:** El estudio revela que las fracturas de cadera son un problema de salud significativo en adultos mayores mexicanos, especialmente en mujeres. Factores como la osteoporosis, otras enfermedades crónicas y las caídas aumentan el riesgo. La demora en la intervención quirúrgica y la falta de protocolos estandarizados son desafíos adicionales. Es crucial implementar estrategias de prevención y mejorar el manejo de estas fracturas para mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad en esta población.

**Palabras clave:** Adulto mayor, Fractura de cadera, RAFI, RCFI.

# TROCHANTERIC HIP FRACTURE IN OLDER ADULTS AT THE GENERAL HOSPITAL "TACUBA", MEXICO, DURING THE 2020 - 2023 PERIOD

*Salinas Velázquez, Orli<sup>1\*</sup>; Baños Sánchez, Arturo<sup>2</sup>*

1 Residente de la especialidad en Ortopedia y traumatología con sede en el Hospital General "Tacuba", ISSSTE, Ciudad de México, México.

2 Médico Especialista en Ortopedia y traumatología, Hospital General de Tacuba, ISSSTE, Ciudad de México, México.

\* Corresponding author: [DR.SALINAS95@gmail.com](mailto:DR.SALINAS95@gmail.com)

## ABSTRACT

**Introduction:** Hip fractures represent a serious public health problem, especially among older adults. Both globally and in Mexico, their incidence is high, with a greater impact on women. Falls are the main cause, and these fractures result in disability, loss of independence, and increased mortality. Risk factors include osteoporosis, advanced age, and comorbidities. Treatment usually involves surgery and rehabilitation. Given the importance of this issue, further research is needed to develop prevention strategies and improve patient care.

**Objective:** To analyze the prevalence of trochanteric hip fractures in older adults at the General Hospital of Tacuba, Mexico City, and to identify associated risk factors and the surgical techniques used in their treatment.

**Materials and methods:** Cross-sectional retrospective observational study was conducted. The sample included 30 medical records of beneficiaries from the General Hospital of Tacuba, ISSSTE, Mexico City, with a diagnosis of trochanteric fracture surgically treated using CRIF or ORIF. Data on age, sex, comorbidities, surgical technique, independence status, and postoperative satisfaction were collected. Statistical analysis was performed using SPSS software, employing descriptive tests and measures of central tendency.

**Results:** A total of 30 patients with trochanteric hip fractures were evaluated, predominantly women over 80 years old with multiple comorbidities. Most patients experienced chronic postoperative pain despite CRIF being the most frequently used technique. While the majority achieved good functional recovery, prolonged waiting times for surgery and complications were identified in some cases.

**Conclusions:** The study highlights that hip fractures are a significant health issue among older Mexican adults, particularly women. Factors such as osteoporosis, chronic diseases, and falls increase the risk. Delays in surgical intervention and the lack of standardized protocols are additional challenges. It is crucial to implement prevention strategies and improve the management of these fractures to enhance quality of life and reduce mortality in this population.

**Keywords:** Older adult, Hip fracture, ORIF, CRIF.

## INTRODUCCIÓN

En México, al igual que en otras regiones del mundo, el envejecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno demográfico creciente, acompañado de diversos desafíos en el ámbito de la salud. Entre estos, las fracturas de cadera (FC) en personas adultas mayores (PAMs) destacan por la alta prevalencia, gravedad y las discapacidades que generan. Estas lesiones representan un problema significativo a nivel individual, familiar y para los sistemas de salud, debido a sus complicaciones médicas y socioeconómicas.

La incidencia de FC varía según factores demográficos y de riesgo. Estudios internacionales reportan que aproximadamente el 90% de las FC ocurren en personas mayores de 50 años, con una media de edad de 80 años. Además, se ha identificado una mayor prevalencia en mujeres, con una proporción de 2-3 casos en comparación con hombres <sup>1</sup>.

La principal causa de FC es la caída, reflejo de la pérdida de independencia y disminución de la fortaleza ósea asociada al envejecimiento <sup>2</sup>. Estas lesiones se asocian frecuentemente a discapacidad funcional, lo que implica reducción de la movilidad, disminución en la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria y la consiguiente pérdida de independencia. Se ha observado que entre el 10-15% de los pacientes de pacientes, no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar, mientras que cerca del 20% pierde la capacidad de deambular tanto dentro como fuera del hogar <sup>2-4</sup>.

Además, las fracturas de cadera tienen un impacto considerable en la supervivencia de las PAMs, ya que entre el 15-20% de las personas afectadas fallecen en el transcurso de un año tras la lesión <sup>5</sup>, porcentaje que se eleva al 20-40% en las de mayor edad <sup>6,7</sup>.

A nivel global, el estudio de Dong et al. (2019)<sup>8</sup>, basado en el Global Burden of Disease Study, estimó una incidencia estandarizada por edad de 182 casos por cada 100,000 habitantes <sup>8</sup>. En

México, Pech et al. (2021)<sup>7</sup>, reportaron una incidencia nacional de 3,000 casos en 2018, con predominio en mujeres mayores de 80 años<sup>7</sup>. Por su parte, en 2019, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró una tasa de 176 fracturas por cada 100 000 habitantes en la población derechohabiente<sup>9</sup>. En el ámbito estatal, la información es limitada; sin embargo, Johansson et al. (2010)<sup>10</sup>, observaron en 2005 una incidencia de FC en la Ciudad de México de 1 725 casos en mujeres y 1 297 hombres por cada 100,000 habitantes, a partir de lo cual estimaron un incremento de hasta siete veces en la incidencia de FC para 2050 en la Ciudad de México <sup>6-10</sup>.

## CUADRO CLÍNICO

Las fracturas de cadera afectan principalmente a mujeres de edad avanzada, con comorbilidades como osteoporosis y deterioro cognitivo, así mismo, los pacientes generalmente refieren haber sufrido una caída o traumatismo previo, localizado en el área de la cadera<sup>1</sup>.

Clínicamente, se caracterizan por acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada, dolor intenso e incapacidad para la marcha, así mismo se presenta movilidad limitada para realizar rotación y flexión (pasiva y activa). Aunque raras, las presentaciones atípicas incluyen pacientes con dolor inespecífico y deambulación parcial, dificultando el diagnóstico <sup>1,11</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de FC generalmente se establece mediante historia clínica y exploración física, confirmándose con radiografía simple de la cadera afectada. Existen casos en los que se presente un cuadro clínico característico de FC, sin alteraciones evidentes en proyecciones radiológicas (AP y lateral de pelvis), más frecuentemente ante fracturas no desplazadas, que presentan cambios radiográficos mínimos. En estos casos, puede ser útil una radiografía AP con la cadera en rotación interna (15-20°), con la que se obtendrá una imagen óptima del cuello femora <sup>11,12</sup>.

En casos de fracturas no desplazadas o hallazgos radiográficos inciertos, son métodos de elección, con una sensibilidad cercana al 100% <sup>1,12</sup>.

## TRATAMIENTO

El manejo de las FC en PAMs requiere una estrategia integral que incluya prevención, tratamiento quirúrgico y rehabilitación postoperatoria <sup>13</sup>. Además, es crucial considerar los factores de riesgo, las opciones terapéuticas disponibles y las barreras socioeconómicas que afectan el acceso a la atención de calidad <sup>14,16</sup>.

El objetivo del tratamiento es la recuperación funcional de la extremidad hasta su estado previo a la fractura. La mayoría de los casos requieren intervención quirúrgica y movilización temprana para prevenir complicaciones relacionadas con el reposo prolongado.

Entre las opciones de tratamiento de FC, encontraremos tratamientos conservadores (no quirúrgicos) y tratamientos quirúrgicos.

En las FC Transtrocantérica regularmente es necesario el uso de osteosíntesis, para ello, existen diferentes técnicas y materiales, que buscan aportar una estabilidad suficiente al foco de fractura como para permitir la carga temprana sobre el miembro afectado, con el objetivo de evitar hospitalización prolongada, y promoviendo movilidad temprana del miembro afectado <sup>15</sup>.

El abordaje quirúrgico incluye técnicas como la reducción abierta con fijación interna (RAFI) y la reducción cerrada con fijación interna (RCFI). La RAFI permite una visualización directa de la fractura, favoreciendo una correcta alineación ósea, aunque conlleva mayores riesgos de inflamación y daño tisular. Por otro lado, la RCFI, asistida por dispositivos de imagen, reduce la necesidad de incisiones extensas, facilitando una recuperación más rápida en casos seleccionados <sup>1,17-23</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de fracturas de cadera

transtrocantéricas en la población geriátrica del Hospital General de Tacuba, de la ciudad de México, identificar los factores de riesgo asociados y las técnicas quirúrgicas utilizadas en su tratamiento.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, en el Hospital General de Tacuba en la Ciudad de México, enfocado en derechohabientes con diagnóstico de fractura transtrocantérica de cadera intervenidos quirúrgicamente. Se incluyeron datos recolectados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2023. La muestra fue no probabilística por conveniencia, limitada a expedientes completos de pacientes mayores de 60 años sometidos a procedimientos de RCFI o RAFI, y con seguimiento posoperatorio mínimo de tres meses. Los datos se recolectaron mediante una ficha clínica estandarizada, incluyendo variables como edad, sexo, comorbilidades, técnica quirúrgica, estado de independencia y satisfacción postoperatoria. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS, utilizando pruebas descriptivas y medidas de tendencia central.

## RESULTADOS

Se consideraron 30 pacientes mayores de 60 años quienes acudieron al Hospital General de Tacuba, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con diagnóstico de fractura de cadera transtrocantérica intervenidos quirúrgicamente mediante las técnicas RCFI o RAFI, el resumen de las características encuestadas se presenta en la *Tabla 1*.

Es posible observar un predominio de mujeres (63.3%), por lo que se mantuvo una proporción hombres-mujeres de 1.72:1 (Figura 2), así mismo, se observó que el promedio de edad de los pacientes fue de 77.73 años con una desviación estándar (DE) de  $\pm 7.852$ , con edades mínimas de 62 y máxima de 94 años, siendo el grupo etario de 80 o más años el más prominente con más del 50% de los pacientes (56.7%).



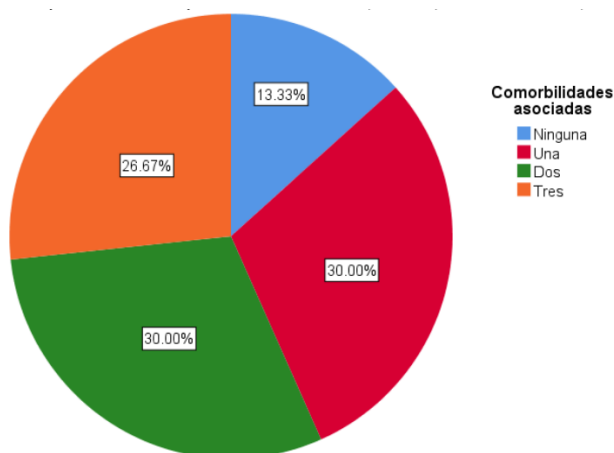
**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas (n=30)

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Sexo</i>		
Hombre	11	36.7
Mujer	19	63.3
<i>Grupo etario</i>		
60 - 69	5	16.7
70 - 79	8	26.7
80 o más	17	56.7
<i>Comorbilidades</i>		
Diabetes mellitus	15	50.0
Hipertensión	14	46.7
Cáncer	0	0.0
Osteoporosis/ Osteopenia	22	73.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

Con respecto a la presencia o ausencia de comorbilidades como factor coadyuvante de vulnerabilidad en PAMs, se observó que cerca del 90% (86.7%) de la población de estudio, presentó una o más comorbilidades asociadas, tal como se representa en la *Figura 1*, siendo las más asociadas aquellas relativas a enfermedades crónico - degenerativas.

**Figura 1.** Número de comorbilidades asociadas a pacientes con fractura transtrocanterica.



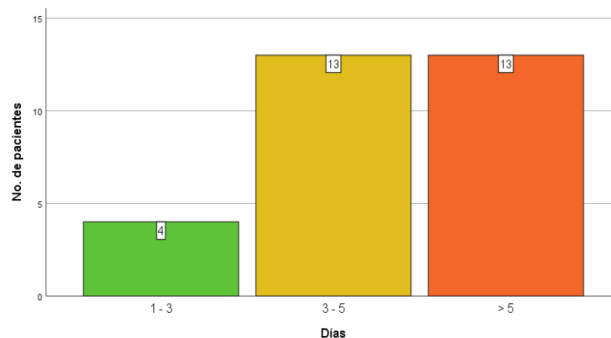
**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

La presencia de antecedentes de osteoporosis y osteopenia fueron las más frecuentes en 22 de los 30 pacientes analizados, equivalentes al 73.3%, seguidas por diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica con 50% y 46.7% respectivamente, por otro lado, en la población estudiada no se observaron pacientes con diagnóstico de ningún tipo de cáncer, a pesar de ser padecimientos cuya incidencia aumenta considerablemente con la edad (*Tabla 1*).

Con respecto al lado de la cadera más afectado, se observó un ligera prevalencia con respecto a la cadera derecha, sin embargo, la diferencia entre ambos miembros inferiores fue mínima en la población de estudio (16 vs 14).

En relación con el tiempo de espera para la realización de la intervención quirúrgica, es posible observar que, de los 30 casos de FT, 26 (86.6%) tuvieron un tiempo de espera mayor de 3 días (*Figura 2*), lo que puede jugar un papel importante en un aumento del riesgo de complicaciones, sin embargo, es necesario destacar que, dichos tiempos de espera prolongados se derivaron principalmente de razones relacionadas con requerimientos de control de enfermedades crónico-degenerativas en los pacientes, tales como descontrol glucémico e hipertensión arterial, así como con escasos de insumos médicos durante el ingreso y estancias de los pacientes.

**Figura 2.** Tiempos de espera prequirúrgicos.

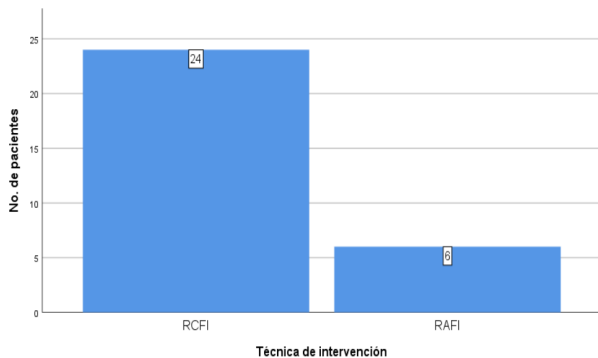


**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

En cuanto a la técnica quirúrgica más utilizada, se encontró que la RCFI fue utilizada en la mayoría de los casos (80%), lo que puede

relacionarse a la intención del médico tratante de evitar heridas más amplias que obliguen a tiempos más prolongados de recuperación (Figura 3).

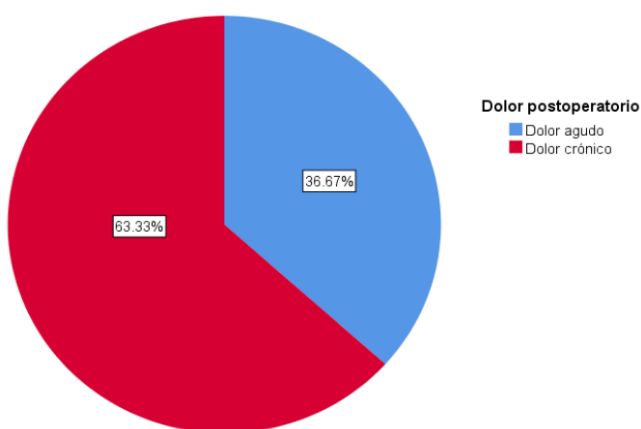
**Figura 3.** Tipo de intervención quirúrgica empleada.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

Se analizó, además, le presencia de dolor tras el evento quirúrgico, llevándose seguimiento a través de consulta externa de traumatología, se identificó la presencia de dolor agudo (dolor presente desde la recuperación posanestésica hasta antes de cumplir 3 meses de la intervención), y dolor crónico (dolor persistente posterior a 3 meses del evento quirúrgico), encontrándose que más del 60% (63.3%) presentó dolor crónico, mientras que el 36.7% restante tuvo remisión del dolor antes de los 3 meses del evento quirúrgico (Figura 4).

**Figura 4.** Tipo de dolor presentado en base a la duración.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

Así mismo, en la *Tabla 2*, se observa la

clasificación del tipo de dolor presentado por los pacientes en nociceptivo, neuropático o presencia de ambos en relación con la duración del dolor. En ambos grupos (dolor crónico y agudo) se observó una presencia mayor de dolor nociceptivo (más del 80% en ambos grupos), lo que se encuentra muy relacionado con la manipulación e inflamación propia de la FT y la intervención quirúrgica, sin embargo, también se observó la presencia de dolor neuropático, 2 casos en el grupo de dolor agudo y 3 en el grupo de dolor crónico, lo que podría relacionarse con daños en nervios alrededor del área de fractura por la lesión misma o secundario a la manipulación en la intervención.

**Tabla 2.** Tipo de dolor percibido por los pacientes (n=30)

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Agudo</b>	<b>11</b>	<b>36.7</b>
Nociceptivo	9	81.8
Neuropático	1	9.1
Ambos	1	9.1
<b>Crónico</b>	<b>19</b>	<b>63.3</b>
Nociceptivo	16	84.2
Neuropático	1	5.3
Ambos	2	10.5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

En referencia al plan terapéutico postquirúrgico, se analizaron los datos relativos a tratamiento farmacológico y no farmacológico administrado a los pacientes observándose que, a la totalidad de individuos del estudio se les indicó tratamiento antitrombótico y antibiótico postquirúrgico con duración de una semana tras el alta, así mismo, se les indicó terapia analgésica, sin embargo, la duración fue variable en base a la recuperación de cada paciente, siguiendo las recomendaciones de la escalera analgésica o escalera del dolor de la OMS <sup>25</sup>.

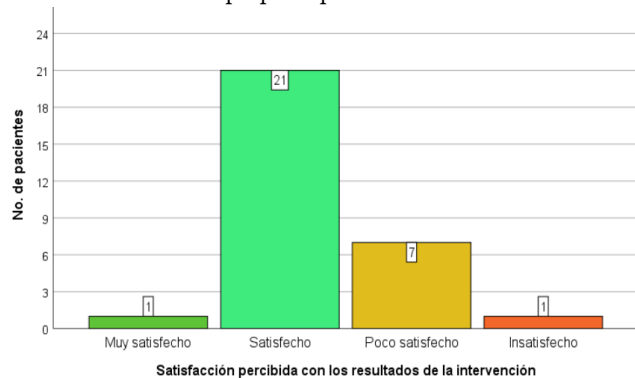
En cuanto a tratamiento no farmacológico, se otorgó referencia a rehabilitación física a los 30

pacientes, indicando la asistencia a 2 consultas en áreas especializadas de rehabilitación y posteriormente una rutina de ejercicios para cada paciente, misma que debían seguir en casa; se observó que, 29 de los 30 pacientes asistieron a las consultas de rehabilitación, y, tras seguimiento por 1 mes los 29 pacientes recuperaron un buen grado de independencia, sin embargo, requirieron el uso de ayudas técnicas para la deambulacion, prefiriendo el uso de andador en el 100% de los casos, por percepción de mayor seguridad y estabilidad a la deambulacion por parte de las PAMs.

Como valoración general, se preguntó a los pacientes su nivel de satisfacción con relación a la intervención quirúrgica, estratificando la satisfacción en escalas de “Muy satisfecho” hasta “Insatisfecho”, dentro de las cuales la mayoría de la población de estudio (70%), se estableció en el rubro de “Satisfecho”, mientras que 26.7% opinó sentirse poco satisfecho o insatisfechos, tal como se observa en la *Figura 5*.

**Figura 5.** Nivel de satisfacción percibido con respecto a la intervención quirúrgica.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los



expedientes clínicos de pacientes con fractura de cadera transtrocanterica del a Hospital General "Tacuba", Ciudad de México, México (2024).

Finalmente, al verificar el seguimiento en consulta externa de traumatología de los pacientes, se observó una evolución adecuada en 29 de los 30 individuos, mientras que el paciente restante presentó complicaciones derivadas de la cirugía, mismas que le dificultaron la asistencia a rehabilitación física y recuperación de la movilidad, sin lograr la recuperación y culminando con la defunción de dicho paciente secundario a choque séptico.

## DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos en este estudio, se identificó una mayor frecuencia de fracturas de cadera en pacientes de edad avanzada, lo que concuerda con lo reportado por De Miguel Artal *et al.* (2018)<sup>24</sup>, quienes describieron una correlación directa entre el envejecimiento y la incidencia de fracturas de cadera. Resultados similares fueron observados por Medrado Morte (2019)<sup>25</sup>. Asimismo, Pech-Ciau *et al.* (2021)<sup>7</sup> señalaron una edad promedio de 79 años (DE  $\pm$  9.26), cifra comparable a la encontrada en este trabajo (edad promedio de 77 años  $\pm$  7.8)<sup>7</sup>.

En relación con el sexo, este estudio mostró una mayor prevalencia de casos en mujeres, resultado que coincide con múltiples investigaciones, como las de Barrios-Moyano y Contreras-Mendoza (2018)<sup>26</sup>, De Miguel Artal *et al.* (2018)<sup>24</sup>, y López-Hurtado *et al.* (2015)<sup>27</sup>, quienes reportaron una razón aproximada de tres mujeres por cada hombre.

Respecto a las técnicas quirúrgicas, se observó un predominio del uso de RCFI, en línea con lo reportado por López-Hurtado *et al.* (2015)<sup>27</sup>. Sin embargo, esta preferencia puede variar según el país, hospital y médico tratante, tal como demuestran los resultados de Pech-Ciau *et al.* (2021)<sup>7</sup>, quienes documentaron un mayor uso de RAFI en su población de estudio.

En cuanto a las comorbilidades, la prevalencia de osteoporosis y osteopenia fue significativa, especialmente en mujeres. Estos hallazgos contrastan con los resultados de Gómez y Quezada (2015)<sup>2</sup>, quienes no reportaron casos de osteoporosis, aunque identificaron la presencia de cáncer en su población, condición ausente en los pacientes de este estudio. Ambas investigaciones, sin embargo, coinciden en la alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

Sobre el lado de la cadera afectado, este trabajo identificó una mayor frecuencia de fracturas en la cadera derecha, lo que coincide con los resultados de Gómez y Quezada (2015)<sup>2</sup>. Esta tendencia podría explicarse por la dominancia

derecha de la mayoría de los individuos.

El tiempo de espera antes de la intervención quirúrgica fue considerable en muchos casos, un factor desfavorable para la recuperación. Calderón *et al.* (2021)<sup>28</sup> establecieron que intervenciones realizadas en menos de 24 horas tras el trauma disminuyen el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. Sin embargo, Viveros-García *et al.* (2018)<sup>6</sup> identificaron que en México no suele analizarse de manera sistemática el tiempo de espera, lo que representa una brecha importante en la información disponible.

La presencia de dolor postquirúrgico fue un hallazgo frecuente, destacándose que el control adecuado de este dolor es esencial para facilitar la movilización temprana de los pacientes. La persistencia de dolor crónico observada en este estudio podría impactar negativamente en la calidad de vida de los pacientes, como han señalado el Comité de Fractura de Cadera del Hospital Universitario de Donostia (2015)<sup>15</sup> y LeBlanc *et al.* (2014)<sup>12</sup>, quienes relacionaron el dolor prolongado con la demora en la intervención quirúrgica o con el tipo de procedimiento realizado. Foss *et al.* (2009)<sup>29</sup> también identificaron una mayor intensidad de dolor en ciertos procedimientos quirúrgicos.

En cuanto al manejo farmacológico postquirúrgico, el uso de antibioticoterapia profiláctica demostró ser eficaz en la prevención de infecciones quirúrgicas, como lo reportaron Gillespie y Walenkamp (2010)<sup>30</sup>. Por otro lado, el uso de antitrombóticos durante 28 a 35 días postquirúrgicos se ha establecido como una medida preventiva eficaz contra la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar, según Peidro (2011)<sup>31</sup>. En cuanto a la analgesia postquirúrgica, Tosounidis *et al.* (2015)<sup>32</sup> enfatizaron en la importancia de un enfoque multimodal para garantizar una recuperación temprana y efectiva.

La rehabilitación física posoperatoria se identificó como un factor clave para la movilización temprana y la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad, como han señalado

Calderón *et al.* (2021)<sup>28</sup>, Zaragoza *et al.* (2019)<sup>33</sup>, y Koval y Duran-Stern (2013)<sup>34</sup>. Este estudio también destacó la efectividad del uso de ayudas técnicas para la deambulaci3n, en línea con lo reportado por Florschutz *et al.* (2015)<sup>35</sup> y Bidolegui *et al.* (2021)<sup>21</sup>, quienes recomendaron la carga precoz según la tolerancia del paciente.

Finalmente, en cuanto a la percepci3n de satisfacci3n relacionada con la atenci3n, el 70% de los pacientes se declaró satisfecho, mientras que el 26.7% reportó insatisfacci3n. Estos resultados son comparables a los de González *et al.* (2016)<sup>36</sup>, quienes observaron una satisfacci3n del 60% en pacientes de Bogotá. Esto subraya que la aplicaci3n de protocolos nacionales e internacionales adecuados puede ofrecer resultados prometedores en el manejo de fracturas de cadera.

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta investigaci3n, se identificaron diversos factores de riesgo asociados a la incidencia de FC. Entre ellos, destaca que las mujeres presentan una mayor susceptibilidad, mientras que la edad avanzada constituye un determinante clave, evidenciando que las PAMs son una poblaci3n particularmente vulnerable a este tipo de lesiones que frecuentemente requieren intervenci3n quirúrgica.

La presencia de comorbilidades, como osteoporosis u osteopenia, agrava el riesgo de sufrir lesiones óseas. Adicionalmente, las enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes mellitus o hipertensi3n arterial sistémica, no solo incrementan el riesgo de complicaciones postoperatorias, sino que también generan una carga significativa para los pacientes y sus familias debido a las demandas adicionales de cuidado.

Estos hallazgos resaltan las deficiencias en el desarrollo de un envejecimiento saludable dentro de la poblaci3n mexicana, subrayando la necesidad de implementar estrategias preventivas y de promoci3n de la salud que impacten positivamente en la calidad de vida de las PAMs.

En relación con la resolución quirúrgica, la evidencia destaca que las intervenciones realizadas dentro de las primeras 48 horas posteriores al trauma son fundamentales para mejorar los resultados y reducir las complicaciones. No obstante, la ausencia de protocolos específicos para el manejo de FC en PAM, considerando variables como el tipo de fractura, la conminución, las comorbilidades, el estado funcional previo del paciente y los recursos disponibles, representa un área de oportunidad para la investigación. Estudios futuros podrían proporcionar evidencia más sólida para establecer enfoques quirúrgicos eficaces y seguros en esta población.

Además, los factores socioeconómicos y las desigualdades en el acceso a la atención médica en México influyen significativamente en la resolución quirúrgica oportuna. La disparidad en la disponibilidad de recursos destaca la necesidad de políticas de salud pública que garanticen una atención integral, accesible y de calidad para las PAMs, priorizando intervenciones tempranas y rehabilitación efectiva.

Estas conclusiones no solo permiten identificar los principales factores de riesgo asociados a las fracturas de cadera, sino también brindan herramientas para el diseño de estrategias de prevención y manejo que promuevan un envejecimiento saludable. Llegar a la tercera edad no debe ser sinónimo de enfermedad y dependencia; por el contrario, deben impulsarse iniciativas que prevengan la ocurrencia de fracturas o, en su defecto, garanticen tratamientos de excelencia, rehabilitación temprana y recuperación completa, devolviendo la autonomía e independencia a los pacientes.

Finalmente, el abordaje multidisciplinario en el manejo de las PAMs con fracturas de cadera es esencial para lograr un tratamiento integral que reduzca las complicaciones, los días de hospitalización y la tasa de morbimortalidad. Este enfoque no solo mejora la calidad de vida de los pacientes geriátricos, quienes representan

una alta demanda de atención médica en el país, sino que también alivia las cargas económicas para las instituciones de salud y la sociedad en general, además de disminuir la presión sobre los círculos sociales y familiares de los pacientes.

## REFERENCIAS

- Muñoz G S, Lavanderos F J, Vilches A L, Delgado M M, Cárcamo H K, Passalacqua H S, et al. Fractura de cadera. Cuadernos de cirugía [Internet]. 2008;22:73–81. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
- Gómez Ruiz BA, Quezada R. Factores de riesgo de mortalidad asociada a fractura de caderas: Un estudio caso control en pacientes atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, 2012 - 2014 [Internet] [Especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en: <http://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttps://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttps://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12>
- Zuckerman JD. Hip Fracture. N Engl J Med [Internet]. 1996;334(23):1519–25. Disponible en: [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199606063342307?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori:rid:crossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub\\_0pubmed](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199606063342307?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub_0pubmed)
- Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. Anales de Medicina Interna [Internet]. 2002;19(8):389–95. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000100009#:~:text=La fractura de cadera provoca,durante periodos prolongados de tiempo.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100009#:~:text=La fractura de cadera provoca,durante periodos prolongados de tiempo.)
- Aroca Peinado M, Parra Gordo M, Porras Moreno M, Navarro Aguilar V, Estellès Lerga P, Brugger Frigols S, et al. Fracturas de cadera. Medicina General y de Familia Edición digital [Internet]. 2013;2(2):62–6. Disponible en: [https://mgvf.org/wp-content/uploads/2017/revistas\\_antes/V2N2/V2N2\\_62\\_66.pdf](https://mgvf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_62_66.pdf)
- Viveros-García J, Torres-Gutiérrez J, Alarcón-Alarcón T, Condorhuamán-Alvarado P, Sánchez-Rábago C, Gil-Garay E, et al. Fractura de cadera por fragilidad en México: ¿En dónde estamos hoy? ¿Hacia dónde queremos ir? Acta Ortop Mex. 2018;32(6):334–41.
- Pech-Ciau B, Lima-Martínez E, Espinosa-Cruz G, Pacho-Aguilar C, Huchim-Lara O, Alejos-Gómez R. Fractura de cadera en el adulto mayor: epidemiología y costos de la atención. Acta Ortop Mex. 2021;35(4):341–7.
- Dong Y, Zhang Y, Song K, Kang H, Ye D, Li F. What was the Epidemiology and Global Burden of Disease of Hip Fractures From 1990 to 2019? Results From and Additional Analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Clin Orthop Relat Res [Internet]. el 1 de junio de 2023;481(6):1209–20. Disponible en: [https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2023/06000/what\\_was\\_the\\_epidemiology\\_and\\_global\\_burden\\_of.25.aspx](https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2023/06000/what_was_the_epidemiology_and_global_burden_of.25.aspx)
- International Osteoporosis Foundation. News room. 2023. Avanza en México la Coalición Nacional para la Prevención Secundaria de Fracturas. Disponible en: <https://www.osteoporosis.foundation/news/avanza-en-mexico-la-coalicion-nacional-para-la-prevencion-secundaria-de-fracturas-20230323>
- Johansson H, Clark P, Carlos F, Oden A, McCloskey E V., Kanis JA. Increasing age- and sex-specific rates of hip fracture in Mexico: a survey of the Mexican institute of social security. Osteoporosis International [Internet]. 2010;22(8):2359–64. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00198-010-1475-z>
- Álvarez López A, García Lorenzo Y, Puentes Álvarez A. Fracturas intracapsulares de la cadera. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2012;16(1):124–34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>

- [pdf/amc/v16n1/amc150112.pdf](#)
12. LeBlanc KE, Muncie Jr HL, LeBlanc LL. Hip Fracture: Diagnosis, Treatment, and Secondary Prevention. *Am Fam Physician* [Internet]. 2014;89(12):945–51. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0615/p945.pdf>
  13. Parra-Saldarriaga J, Benavides-Ruiza MM, Sánchez-Duque JA. Abordaje integral del síndrome de inestabilidad y caídas del anciano en atención primaria. *Atención Primaria Práctica* [Internet]. 2024;6(4). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-sindrome-distres-respiratorio-agudo-pacientes-S2605073021000183>
  14. Opazo A. Fractura de cadera en el adulto mayor: manejo y tratamiento. *En: Medwave* [Internet]. 2011. p. 1–4. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Febrero2011/1/medwave.2011.02.4899.pdf>
  15. Comité Fractura de Cadera del Hospital Universitario de Donostia. Protocolo de tratamiento multidisciplinar de pacientes con Fractura de Cadera [Internet]. Vol. 56, Osakidetza. 2015. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-s2oga/es/adjuntos/Protocolo56FracturaCadera.pdf>
  16. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de Fracturas Intracapsulares del extremo proximal del fémur. [Internet]. México: Dirección de Prestaciones Médicas; 2017. p. 1–46. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/115GER.pdf>
  17. Jara Pérez L. Monografía : La fractura de cadera en el paciente mayor. La importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz. [Internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2014. p. 37. Disponible en: [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4625/%5B1%5D\\_JaraPerezL.pdf?sequence=1](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/4625/%5B1%5D_JaraPerezL.pdf?sequence=1)
  18. Wang W, Wei J, Xu Z, Zhuo W, Zhang Y, Rong H, et al. Open reduction and closed reduction internal fixation in treatment of femoral neck fractures: a meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2014;15(167). Disponible en: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1471-2474-15-167.pdf>
  19. Gautam VK, Anand S, Dhaon BK. Management of displaced femoral neck fractures in young adults (a group at risk). *Injury*. 1998;29(3):215–8.
  20. Intermountain Healthcare. Open Reduction and Internal Fixation (ORIF). Fact sheet for patients and families. 2012. p. 2.
  21. Bidolegui FM, Pereira S, Vindver G. Tratamiento de las fracturas de cuello femoral con osteosíntesis. Diez claves para el éxito. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*. 2021;86(1):110–21.
  22. Shezar A, Rosenberg N, Soudry M. Technique for closed reduction of femoral shaft fracture using an external support device. *Injury*. 2005;36(3):450–3.
  23. Díaz P. ElHospital.com. 2023. Avances en radiología móvil, arcos en C y fluoroscopia. Disponible en: <https://www.elhospital.com/es/noticias/unidades-moviles-para-radiologia-y-fluoroscopia>
  24. de Miguel Artal M, Roca Chacón O, Martínez-Alonso M, Serrano Godoy M, Mas Atance J, García Gutiérrez R. Fractura de cadera en el paciente anciano: factores pronóstico de mortalidad y recuperación funcional al año. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(5):247–54.
  25. Medrano Morte I. Análisis de los factores de riesgo asociados a las complicaciones en pacientes intervenidos de fractura [Internet] [Tesis de doctorado]. Universidad de Murcia; 2019. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/85219/1/TesisDoctoralIsabelMedranoMorte.pdf>
  26. Barrios-Moyano A, Contreras-Mendoza E. Frecuencia de complicaciones en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. *Acta Ortop Mex* [Internet]. 2018;32(2):65–9. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx/Articulooriginal/Frecuenciadecompliacionesenpacientesmayoresde60añosconfracturadecadera](http://www.medigraphic.org.mx/Articulooriginal/Frecuenciadecompliacionesenpacientesmayoresde60añosconfracturadecadera)
  27. López-Hurtado F, Miñarro del Moral RM, Arroyo Ruiz V, Rodríguez-Borrego MA. Complicaciones presentadas en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en un hospital andaluz de tercer nivel. *Enfermería Global* [Internet]. 2015;14(40):33–43. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/clinica2.pdf>
  28. Calderón Ponce JF, Mariño Jara LP, Díaz Bravo WJ, Miranda Fernández EA. Cuidados postoperatorios a pacientes sometidos a cirugía por una fractura de cadera. *Recimundo* [Internet]. 2021;5(4):265–76. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-6029-7681>
  29. Foss NB, Kristensen MT, Palm H, Kehlet H. Postoperative pain after hip fracture is procedure specific. *Br J Anaesth* [Internet]. 2009;102(1):111–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aen345>
  30. Gillespie WJ, Walenkamp GH. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(3).
  31. Peidro L. Actualización de la profilaxis tromboembólica en fractura de cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2011;55(3):231–4.
  32. Tosounidis TH, Sheikh H, Stone MH, Giannoudis P V. Pain relief management following proximal femoral fractures: Options, issues and controversies. *Injury* [Internet]. 2015;46(August):S52–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2015.08.014>
  33. Zaragoza Sosa D, González Laureani J, King Martínez AC. Fractura de cadera en adultos mayores: Impacto del tratamiento quirúrgico oportuno en la morbimortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2019;62(6):28–31.
  34. Koval KJ, Durán-Stern LL. Fracturas femorales en el anciano [Internet]. American Academy of Orthopaedic Surgeons Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Barcelona: Bayer Health Care; 2013. p. 1–78. Disponible en: <https://www.secot.es/media/docs/monografias/monografia-2013-Parte-3.pdf>
  35. Florschütz A V., Langford JR, Haidukewych GJ, Koval KJ. Femoral neck fractures: Current management. *J Orthop Trauma* [Internet]. 2015;29(3):121–9. Disponible en: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L602056695%0Ahttp://dx.doi.org/10.1097/BOT.0000000000000291>
  36. González ID, Becerra MC, González J, Campos AT, Santibáñez JB, Sánchez JRA. Fracturas de cadera: satisfacción posquirúrgica al año en adultos mayores atendidos en Méderi-Hospital Universitario Mayor, Bogotá, D.C. *Revista Ciencias de la Salud*. 2016;14(3):411–24

---

**Citar como:** Salinas Velázquez O, Baños Sánchez A. Fractura transtrocanterica de cadera en personas adultas mayores del Hospital General Tacuba, México, en el periodo 2020-2023. *AMU*. 2025;3(3):122-131. Doi: [10.31644/AMU.V03.N03.2025.A15](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N03.2025.A15)