

ANALES DE MEDICINA UNIVERSITARIA



99

Principales factores predisponentes de preeclampsia en mujeres embarazadas. Hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”.

106

Vivencias de las mujeres indígenas chiapanecas en el control prenatal en un contexto multicultural.

114

Gastrosquisis; un estudio de caso que impulsa la investigación científica.

121

Impacto en el estado funcional en trabajadores con trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores que acuden al servicio de SPPTIMSS.

128

Experiencia de enfermería: Atención de embarazadas con diabetes gestacional en un hospital de segundo nivel, Chiapas 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

COMITE 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 Macias

Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Dr. Yolanda Marín Campos

PTC, Departamento de Farmacología.
Facultad de Medicina, UNAM

Dr. Gerardo Bautista Trujillo

Profesor-Investigador de la FMVZ-
UNACH.

Mtra. Marcia Molina Huerta

Enfermera adscrita al Hospital de
Especialidades Pediátricas

**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

Dr. Daisy Escobar Castillejos

Profesor-Investigador de la FING-
UNACH.

**Dr. Jorge Manuel Sánchez
González**

Presidente
Academia Mexicana de Cirugía Capítulo
Occidente

Dr. Néstor García Chong

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

Dr. Luis Ángel Terán Ortiz

Miembro de la Academia Nacional
Mexicana de Bioética

APOYO EDITORIAL

Lic. Osiris Alexandra Martínez
Nandayapa
Edición digital

Lic. Eury Sayuri Yahaira Hubert
Martínez
Diseño e imagen

Anales de Medicina Universitaria, año 2, No. 3, enero - abril 2024, es una publicación cuatrimestral, editada por la Universidad Autónoma de Chiapas, C.P. 29050 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Tel: 52 (961) 617-8000, www.unach.mx. Editor en jefe: Luis Ernesto Hernández Gamboa. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-033113432300-102, ISSN: 2954-3495, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor. Siendo el Editor en Jefe el responsable de la última actualización de este número con fecha del 31 de marzo del 2023.

ÍNDICE

Editorial. 98
Editorial.

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña

99 Principales factores predisponentes de preeclampsia en mujeres embarazadas. Hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”.

Main factors predisposing preeclampsia in pregnant women. Regional Hospital “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”.

Enf. Ana María Gómez Martínez
Enf. Angel Patricia Meza Borges

Vivencias de las mujeres indígenas chiapanecas en el control prenatal en un contexto multicultural. 106

Experiences of indigenous chiapaneca women in prenatal control in a multicultural context.

Enf. Jéssica Méndez Vázquez
Mtra. Marcia Molina Huerta

114 Gastrostomía; un estudio de caso que impulsa la investigación científica.

Gastrostomy: A study that drives Scientific Research.

Jhonatan Franklin Jiménez Aguilar
Dra. María Lourdes Rosales Ruiz

Impacto en el estado funcional en trabajadores con trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores que acuden al servicio de SPPTIMSS. 121

Impact on functional status in workers with musculoskeletal disorders of the upper extremities who attend the SPPTIMSS service.

Dra. Amparo Roxana Rodríguez Díaz
Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón
Dra- Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

128 Experiencia de enfermería: Atención de embarazadas con diabetes gestacional en un hospital de segundo nivel, Chiapas 2023.

Nursing experience: Care of pregnant women with gestational diabetes in a second level hospital, Chiapas 2023.

Enf. Blanca Margarita Aguilar Constantino
Enf. Liliana Janeth Cortes Ramírez

Lineamientos para autores.
Author guidelines.

Anales de Medicina Universitaria

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

EDITORIAL

Deseándoles un muy feliz año 2024, nuestra revista en este mes presenta publicaciones de diferente enfoque de salud, pero siempre pretendiendo aportar una visión que lleve al lector a la reflexión, revisión y ajuste de sus conocimientos.

En el presente número encontraremos una revisión de expedientes de mujeres con datos de preeclampsia, en donde observamos que uno de los principales problemas de salud del país, esta influyendo en la aparición de complicaciones que afectan al binomio madre-hijo, y que la presencia de obesidad y sobrepeso deben ser considerados durante el periodo previo al embarazo, durante el control prenatal y por supuesto, durante el puerperio.

En segundo lugar, se presenta un análisis del problema del control prenatal en la población indígena, estudiado en relación a los factores que afectan la asistencia de las pacientes a dicho control, recomiendo a los lectores la lectura y reflexión de los hallazgos emitidos.

Continuando con los temas obstétricos, se revisó un caso de gastrosquisis, trastorno de origen genético, que se ha incrementado recientemente en nuestro estado, por lo que resulta de gran interés el análisis del caso realizado por los autores.

En el siguiente artículo, se analizan datos relacionados con la morbilidad ocupacional, estimándose que cerca del 30% de tal morbilidad corresponde a trastornos musculoesqueléticos, los cuales afectan la calidad de vida de los trabajadores y representan un costo económico en términos de días laborales perdidos, incapacidades, ausentismo, jubilaciones anticipadas, gastos por exámenes diagnósticos y tratamiento, por lo que resulta fundamental la información para prevención de los mismos.

Cierra nuestra publicación un estudio realizado en embarazadas con diabetes gestacional que nos reporta, a través de la aplicación de estadística descriptiva básica múltiples factores que podrían relacionarse con la patología antes mencionada, que forma parte de los trastornos metabólicos de gran importancia a nivel internacional, nacional y por supuesto, estatal.

Atentamente

"POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR"

Dra. María Rosalba Jiménez Ocaña
Vicepresidenta del Consejo editorial
Anales de Medicina Universitaria

PRINCIPALES FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS. HOSPITAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCASIO GAMBOA”

Gómez Martínez, Ana María¹; Meza Borges, Ángel Patricia^{2*}

-
- 1 Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al área de cuidados intensivos neonatales, Hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
 - 2 Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Autor de correspondencia: angel_pq_28@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres embarazadas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, aleatorio cuantitativo efectuado en pacientes embarazadas de Enero a Diciembre del 2021 que asistieron al Hospital Regional “Dr. Rafael Pascasio Gamboa”, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, teniendo un 95% de confianza y un 5% de margen de error.

Resultados: De acuerdo con los datos obtenidos mediante la interpretación de resultados en el cual se trabajó con una muestra de 65 expedientes de un total de 202 expediente clínicos se observaron las siguientes afectaciones Edad (20-29 años) 45%; IMC (Obesidad) 52%, (Sobrepeso) 36%; Incidencia de Preeclampsia (38-41 Semanas) 50%, (34-37 Semanas) 31%; Cifras Tensionales 1er registro (150mm/hg) 67%, (141-150mm/hg) 25%, (129mm/hg) 8%..

Conclusiones: El presente estudio tenemos que existen diversos factores asociados a preeclampsia durante el embarazo, tales como: la edad materna a partir de 20 a 29 años, la obesidad de acuerdo al índice de masa corporal, ser una mujer primigesta, datos de vasoespasmos en el último trimestre del embarazo ya que la mayoría ingreso con cifras tensionales elevadas; estos resultados nos muestran la importancia que tiene el personal de salud en la atención de mujeres con dicha patología para el manejo adecuado y prevenir complicaciones que puedan desencadenar una muerte materna o fetal.

Palabras clave: Preeclampsia, Obesidad, Rango de edad.

MAIN FACTORS PREDISPOSING PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN. REGIONAL HOSPITAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”

Gómez Martínez, Ana María¹; Meza Borges, Ángel Patricia^{2*}

- 1 Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al área de cuidados intensivos neonatales, Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- 2 Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Corresponding author: angel_pq_28@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: Identify predisposing factors for preeclampsia in pregnant women

Materials and methods: It is a descriptive, randomized quantitative study carried out in patients from January to December 2021 who attended the Regional Hospital "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, with 95% confidence and a 5% margin of error.

Results: According to the data obtained by interpreting the results, in which a sample of 65 files from a total of 202 clinical files was worked on, the following affectations were observed: Age (20-29 years) 45%; BMI (Obesity) 52%, (Overweight) 36%; Incidence of Preeclampsia (38-41 Weeks) 50%, (34-37 Weeks) 31%; Tension figures 1st record (150mm/hg) 67%, (141-150mm/hg) 25%, (129mm/hg) 8%..

Conclusions: The present study shows that there are various factors associated with preeclampsia during pregnancy, such as: maternal age from 20 to 29 years, obesity according to body mass index, being a primiparous woman, data on vasospasms in the last trimester of pregnancy, since most of them were admitted with high blood pressure figures; These results show us the importance of health personnel in the care of women with said pathology for proper management and to prevent complications that could trigger maternal or fetal death.

Keywords: Preeclampsia, Obesity, Age range.

INTRODUCCIÓN

Los primeros enunciados en relación con trastornos hipertensivos del embarazo aparecen en épocas remotas desde hace más de 2000 años, hasta el siglo IV antes de cristo donde ya se hacía énfasis a la gravedad que presentaba una mujer gestante con aparición de convulsiones ¹. Para el año 1619 aparece enunciada la palabra eclampsia por Varendeus, seguido de esto para el año 1739, Sauvages, hace referencia a la eclampsia con el término “*éklampsis*”².

Si bien dentro de los problemas de salud que pudieran estar presente en la gestante, encontramos los generados por el propio embarazo, dentro del cual podemos mencionar la hipertensión gestacional, con sus manifestaciones más graves como lo son: la preeclampsia y la eclampsia ³.

La preeclampsia de caracteriza por hipertensión arterial, adema, proteinuria y, en casos severos convulsiones o estado de coma ¹.

En la actualidad se considerada una de las mayores complicaciones que se pueden desarrollar durante el embarazo ⁴ llegando a presentar después de 20 semanas de gestación, así como en un rango de 6 semanas posteriores al parto o puerperio, en raras ocasiones se presenta antes de las 20 semanas de gestación⁵. y se manifiesta por su cuadro clínico de cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 mmHg. Y puede ocasionar afectación de órganos blancos ⁴.

A nivel mundial, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad, muerte materna y neonatal ⁵. La ONU (Organización de las Naciones Unidas) implemento en el año 2000 los objetivos de desarrollo del milenio donde países de todas partes del mundo tenían como; uno de sus principales objetivos reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna hasta en un 75 % en el periodo de 1990 al 2015 ⁶. Al observar esto posible se crea una nueva agenda de objetivos llamados “objetivos del desarrollo sostenible” donde en su objetivo 3 tiene como meta el descenso de la tasa de

mortalidad materna en el mundo específicamente en países en vías de desarrollo en un periodo que comprende hasta en año 2030 ⁶.

En México se tiene una incidencia del 47.3% por cada 1000 nacidos vivos y es la primera causa de ingresos de mujeres embarazadas a las unidades de terapia intensiva, con una elevada mortalidad. Según la OMS en el país, su prevalencia es de 5 a 10% ⁷. La preeclampsia se encuentra dentro las enfermedades hipertensivas como la complicación más grave y dañina para el binomio si pasa inadvertida, sin tratamiento, o si evoluciona hacia una eclampsia ⁸.

Los cambios morfológicos que se sufren en el embarazo se llevan a cabo en las arterias espirales que conforman el lecho placentario donde los vasos se transforman y condicionan a que sean poco reactivas a las sustancias vasoconstrictoras y podemos entonces pensar que esta es una enfermedad temprana del embarazo pero que sus complicaciones se producen de manera tardía o prolongada ⁹. Esta enfermedad tiene posibles complicaciones maternas las cuales incluyen convulsiones, accidente cerebro vascular, síndrome de HELLP, desprendimiento normoplacentario, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, falla hepática entre otros ¹⁰.

La guía de práctica clínica las clasifica de acuerdo al nivel de gravedad contando entonces con dos variables:

- Preeclampsia sin signos de gravedad la cual se caracteriza por hipertensión sistólica igual o mayor de 140 mm Hg, y/o hipertensión diastólica igual o mayor de 90 mm Hg, tomados en una segunda ocasión con una diferencia de por lo menos 15 minutos, asociada a proteinuria y sin afectación de órgano blanco ⁴.
- Preeclampsia con signos de gravedad se caracteriza por hipertensión sistólica igual o mayor de 160 mm Hg. y/o hipertensión diastólica igual o mayor de 110 mm Hg. Tomados en una segunda ocasión con una diferencia de por lo menos 15

minutos⁴, esta complicación se considera una indicación para terminación del embarazo¹¹, ya que disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones maternas y/o fetales graves¹².

Esta patología es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década¹⁰. Pero se integra a la preeclampsia con y sin características de severidad, lo que anteriormente se conocía como preeclampsia leve y severa; es recomendable que, en la mujer con embarazo y trastorno hipertensivo, sea clasificada la presencia o ausencia de características de severidad de acuerdo con los criterios establecidos por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos¹³.

Ante la presencia confirmada de la hipertensión con datos de severidad se debe manejar de manera multidisciplinaria y llevar un manejo estricto en los cuidados; ya que es considerada una enfermedad específica de la placenta que tiene como único tratamiento definitivo la interrupción del embarazo, esta puede ser viable si se cuenta con más de 34 semanas de gestación; se recomienda un manejo postparto e intervenciones específicas de enfermería¹⁴.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó con usuarias diagnosticadas con preeclampsia durante el embarazo, atendidas en el Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa" durante enero a diciembre 2021.

El universo estuvo constituido por 202 expedientes del área de ginecología en el año 2021 de los cuales se tomó una muestra aleatorizada de 64 expedientes clínicos con un 95% de confianza y un 5% de margen de error.

El presente trabajo de investigación se enfoca al proceso cuantitativo por medio de la recolección de información de manera observacional, con el objetivo de identificar las variables de la enfermedad.

RESULTADOS

Del total de expedientes, se determinó recopilar la información de 64 pacientes con detección de preeclampsia a fin de entender y conocer si

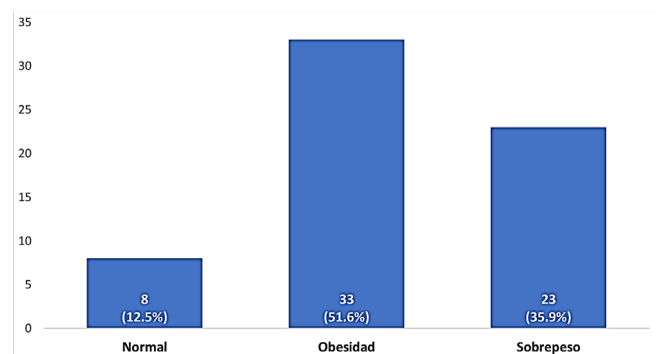
existen factores que nos permitan prevenir en futuros ingresos de madres gestantes.

Dentro de los factores estudiados se incluyeron la edad, el índice de masa corporal (IMC) clasificado por peso normal, sobrepeso y obesidad, semanas de gestación, controles prenatales, antecedentes de otras patologías, abortos, cesáreas, nivel socioeconómico, estado civil, dependencia de toxicomanías como alcohol y tabaco, la presencia o ausencia de datos de vasoespasmos al ingreso hospitalario.

Los puntos más relevantes de esta investigación se centran en el IMC, donde se detectó un porcentaje elevado de gestantes con obesidad, número de consultas de control prenatal, donde se observó que 11 personas no acudieron a consultas, mientras que 12 acudieron a 7 consultas, superando el número estipulado por la guía de práctica clínica, la presencia de vasoespasmos donde nos refiere la presencia de algún signo de alarma, antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus e hipertensión, antecedentes personales de preeclampsia en embarazos previos y primera toma de tensión arterial al ingreso al hospital.

Se determinó el IMC del muestreo obtenido, esto con el fin de determinar alguna posible relación entre el IMC y los casos de preeclampsia, observándose que 52% presentó obesidad y 36% sobrepeso (*Figura 1*).

Figura 1. Clasificación de IMC por peso y talla en mujeres embarazadas.

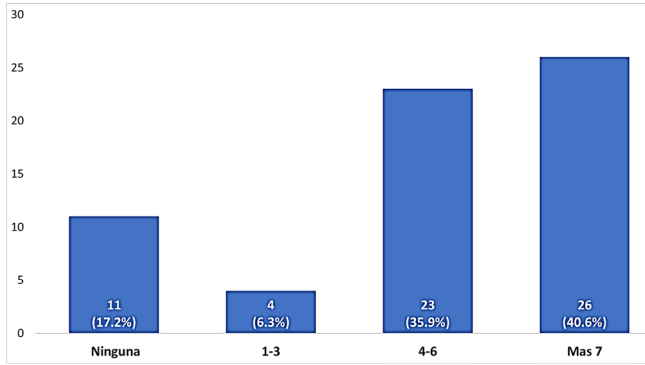


Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes con preeclampsia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

La asistencia a consultas de atención prenatal se clasificó en 4 grupos, desde la inasistencia a control prenatal, de 1 a 3 consultas, de 4 a 6 y 6

o más consultas, los resultados obtenidos se observan en la *Figura 2*.

Figura 2. Número de consultas de control prenatal en mujeres embarazadas con preeclampsia.



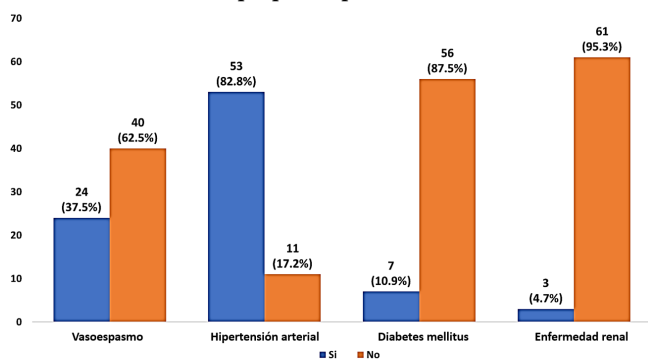
Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes con preeclampsia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

La mayoría de las pacientes asistió a al menos 4 consultas (35.9%) o más de 7 consultas (40.6%), sin embargo, 17.2% de las pacientes no acudieron a ninguna consulta prenatal, lo que puede representar un mayor riesgo para la madre y el recién nacido.

La presencia de datos de vasoespasmo durante la primera atención y los antecedentes personales patológicos se observan en la *Figura 3*.

Figura 3. Antecedentes personales patológicos y datos de vaso espasmo durante primera atención.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de



expedientes clínicos de pacientes con preeclampsia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Se observó gran prevalencia de pacientes hipertensas (82.8%), en contraposición a pacientes con antecedentes de diabetes (10.9%), así mismo se observó que 37.5% presentaron datos de vasoespasmo durante la primera atención.

Así mismo se analizó la presencia de antecedentes heredo familiares de hipertensión arterial y diabetes mellitus, encontrándose que

los porcentajes para ambas patologías fueron muy cercanos, 43.8% de las pacientes presentaron antecedentes heredo familiares de diabetes mellitus, mientras que 46.9% presentaron antecedentes de hipertensión (*Tabla 1*).

Tabla 1. Antecedentes heredo familiares

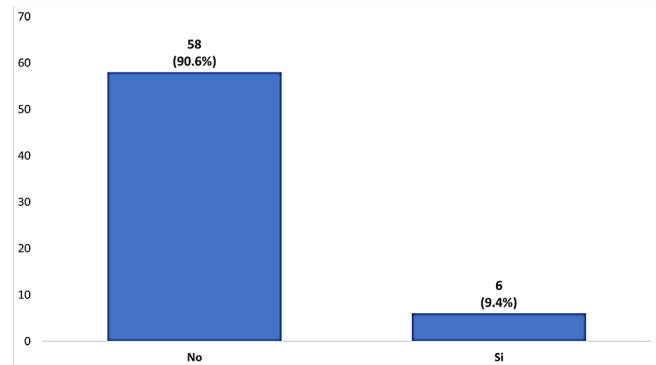
Variable	n	%
<i>Diabetes mellitus</i>		
Sí	28	43.8
No	36	56.3
<i>Hipertensión arterial sistémica</i>		
Sí	30	46.9
No	34	53.1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del servicio de gineco-obstetricia de Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Finalmente, se analizaron los antecedentes de preeclampsia en embarazos previos y las cifras de tensión obtenidas durante la primera toma a las pacientes (*Figura 4*).

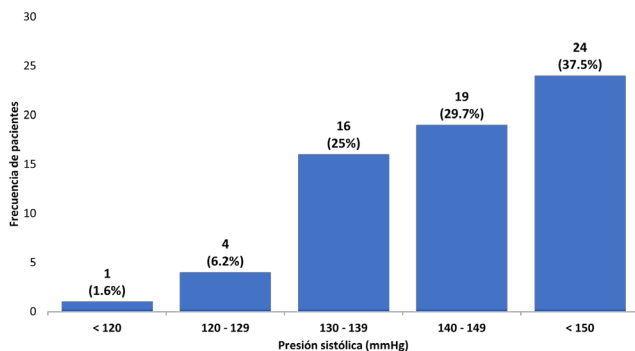
Con respecto a los antecedentes de preeclampsia, solamente 6 (9.4%) pacientes indicaron haber presentado preeclampsia en embarazos previos.

Figura 4. Antecedentes de preeclampsia en embarazos previos.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes con preeclampsia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Por su parte, para analizar la cifras tensionales al ingreso, se clasificaron los resultados en 5 grupos a partir de la presión arterial sistólica, tal como se observa en la *Figura 5*, la mayor parte de pacientes (37.5%) presentó cifras sistólicas de 150 mmHg o mayores, mientras que solo 1 (1.6%) paciente presentó cifras menores a 120 mmHg.

Figura 5. Clasificación de cifras sistólicas de primera toma de presión arterial en hospital.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes con preeclampsia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

CONCLUSIONES

En el presente estudio identificamos que existen diversos factores asociados a preeclampsia durante el embarazo, tales como: la edad materna a partir de 20 a 29 años, la obesidad de acuerdo al índice de masa corporal, ser una mujer primigesta, datos de vasoespasmos en el último trimestre del embarazo ya que la mayoría ingreso con cifras tensionales elevadas; estos resultados nos muestran la importancia que tiene el personal de salud en la atención de mujeres con dicha patología para el manejo adecuado y la prevención de complicaciones que puedan desencadenar una muerte materna o fetal.

El cuidado es una necesidad humana esencial para el mantenimiento de la salud. El personal de enfermería se encarga de brindar estos cuidados de manera integral y holística ya que se tiene la responsabilidad con la persona gestante, la cual debe ser atendida por un profesional con habilidades, valores éticos y culturales y actitudes de calidad. Estos cuidados de enfermería pueden ser clave en la mejoría de las condiciones que presente este tipo de pacientes; debido a ello es esencial que el profesional pueda reconocer las intervenciones, manejo, tratamiento y complicaciones que comprometan la vida del binomio.

Los procesos de enfermería se caracterizan por ser sistémicos, debido a que se realizan secuencialmente de manera periódica, cíclica y organizada para posterior a esto establecer

intervenciones apropiadas a la preeclampsia, tales como:

- Valoración, mediante la observación, entrevista, ya sea directa o indirecta, valoración física de manera cefalocaudal y valoración del estado neurológico.
- Toma de signos vitales, incluida la implementación de curva tensional estricta.
- Toma de muestras de laboratorio, ya sea de sangre u orina.
- Tratamiento o ministración de medicamentos, tanto por vía oral como intravenosa.

Es recomendable mantener en observación a la mujer hospitalizada y bajo estrictas medidas de vigilancia por parte de personal de enfermería calificado para la identificación y atención oportuna, lo que incluye el control materno, vigilancia fetal continua, signos vitales estrictos y medicación apropiada para evitar complicaciones que puedan ser de gravedad.

El personal de enfermería es quien valora constantemente el estado de las pacientes e identifica los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan durante el embarazo por la presencia de preeclampsia, por lo que llegamos a la conclusión que, el actuar de la enfermería es de vital importancia en la identificación precoz de datos de alarma que pongan en riesgo la evolución de la gestación y vida del binomio, pues, es necesario resaltar que, la enfermería es una disciplina que cuenta con criterio propio para prevenir y actuar ante la presencia de una complicación de la preeclampsia en mujeres embarazadas.

REFERENCIAS

1. Sánchez Sarabia E, Gómez Díaz J, Morales García V. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2005;48(4):145-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2005/un054e.pdf>
2. Bejarano Saraguro DL, Alarcón Villamar DE. Intervenciones de enfermería en gestantes con preeclampsia [Internet]. Universidad Estatal de Milagro; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/>

- bitstream/123456789/4176/1/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_EN_GESTANTES_CON_PREECLAMPSIA.pdf
3. Mayo Clínic. Preeclampsia [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
 4. Rojas Pérez LA, Rojas Cruz LA, Villagómez Vega MD, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 2019;13(2):79–91. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/95>
 5. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Día de Concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. Noticias. 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
 6. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Impacto Académico. 2016. Disponible en: <https://www.un.org/es/impacto-academico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible#:~:text=Objetivo 3%3A Salud y Bienestar&text=Se han logrado grandes avances,la propagación del VIH%2FSIDA.>
 7. Velumania V, Durán Cárdenas C. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Rev la Fac Med [Internet]. 2021;64(5):7–18. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007
 8. Dirección General de Epidemiología (DGE). Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas [Internet]. Secretaría de Salud. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2021>
 9. March of dimes. Complicaciones de la Preeclampsia [Internet]. Centro de Enseñanza del Embarazo. 2012. Disponible en: https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9254_11145.asp
 10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo [Internet]. 2nd ed. MSP DN de N-, editor. Quito; 2016. 81 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
 11. Luna SD, Martinovic TC. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2023 Jan;34(1):33–43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864023000081>
 12. Norwitz ER, Lockwood CJ, Barss VA. Preeclampsia: Antepartum management and timing of delivery [Internet]. UptoDate. 2023. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6825>
 13. Montelongo F de J, Tapia Velasco R, Salazar Mendoza A, Suárez Suárez A. Preeclampsia, eclampsia e inminencia de eclampsia y su tratamiento. In: McGraw-Hill, editor. Terapéutica en Medicina crítica [Internet]. 1st ed. México; 2020. p. 416. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2972§ionid=251632763>
 14. Rivera Moreira EA. Complicaciones frecuentes de preeclampsia y eclampsia en menores de 19 años [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a8505a81-4f6a-46a8-acbf-854ebfd110ac/content>

VIVENCIAS DE LAS MUJERES INDÍGENAS CHIAPANECAS EN EL CONTROL PRENATAL EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL

Méndez Vázquez, Jéssica^{1}; Molina Huerta, Marcia²*

-
- 1 Enfermera especialista en Obstetricia adscrita a Centro de Salud "Arroyo Agua Azul", Tumbala; Chiapas.
 - 2 Maestra en Enfermería, en Educación, adscrita al Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas y Docente de Posgrados en Enfermería.

* Autor de correspondencia: vazquez_171@outlook.es

RESUMEN

Introducción: La atención prenatal (APN), es importante para asegurar un embarazo saludable que incluye controles regulares y análisis prenatales, la cual brinda beneficios para las mujeres y los recién nacidos en términos de morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Describir las vivencias de las mujeres indígenas chiapanecas durante el control prenatal en el Centro de Salud, "Arroyo Agua Azul", Tumbala; Chiapas.

Materiales y métodos: Se trata de una investigación cualitativa. Se eligieron 11 embarazadas captadas de control prenatal donde se obtuvieron los resultados y la cantidad de pacientes permitió lograr la saturación de los datos. Mediante la técnica de análisis de contenido de Laurence Bardin.

Conclusiones: Hemos sido capaces de extraer una serie de conclusiones a partir de los resultados de este estudio, obteniendo dos categorías resultantes del análisis de contenido. Las participantes de este estudio acudieron a control prenatal, entre el segundo y el cuarto mes de embarazo, la decisión tomada en pareja, pero también como orientación de la partera, básicamente por tres motivos.

Palabras clave: Atención prenatal, Etnoenfermería, Determinantes sociales de salud.

EXPERIENCES OF INDIGENOUS CHIAPANECA WOMEN IN PRENATAL CONTROL IN A MULTICULTURAL CONTEXT

Méndez Vázquez, Jéssica^{1}; Molina Huerta, Marcia²*

-
- 1 Enfermera especialista en Obstetricia adscrita a Centro de Salud "Arroyo Agua Azul", Tumbala; Chiapas.
2 Maestra en Enfermería, en Educación, adscrita al Hospital de Especialidades Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas y Docente de Posgrados en Enfermería.

* Corresponding author: vazquez_171@outlook.es

ABSTRACT

Introduction: Antenatal care (ANC) is important to ensure a healthy pregnancy that includes regular check-ups and prenatal screenings, which provides benefits for women and newborns in terms of morbidity and mortality.

Objective: To describe the experiences of indigenous women in Chiapas during prenatal care at the Health Center "Arroyo Agua Azul", Tumbala; Chiapas.

Materials and methods: This is qualitative research. A total of 11 pregnant women were chosen from prenatal care, where the results were obtained, and the number of patients allowed the results to be obtained. Using De Laurence Bardin's content analysis technique.

Conclusions: We have been able to draw a series of conclusions from the results of this study, obtaining two categories resulting from the content analysis. Participants in this study attended.

Keywords: Prenatal care, Ethnonursing, Social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

En el año 2010 el CONEVAL reportó que la razón de mortalidad materna es diecisiete veces mayor que países como o tres veces mayor como naciones similares como Chile; en México hay inequidades considerables por lo que cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo; por lo que el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 considera que esto es motivo de reflexión y cambio de actitud de las personas involucradas en el cuidado de la salud de las mujeres¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a lo largo de varias décadas se ha preocupado por las intervenciones necesarias para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad, por lo que en el año 2016 se creó el Modelo de atención prenatal de la OMS de 2016², con el objetivo de ofrecer a las embarazadas atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada contacto, y asegurar que cada uno se apoye en prácticas clínicas eficaces e integradas.

La atención prenatal (APN), es importante para asegurar un embarazo saludable que incluye controles regulares y análisis prenatales, la cual brinda beneficios para las mujeres y los recién nacidos en términos de morbilidad y mortalidad; situación que es de suma importancia, dado que tan solo en el año 2015, murieron aproximadamente 303 000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. Casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios³.

Pese a que el número mundial de muertes de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990 hasta 2,4 millones en 2019, los niños son los que mayor riesgo corren de morir en sus primeros 28 días de vida. En 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal: aproximadamente un tercio el día mismo del nacimiento y cerca de tres cuartas partes en la primera semana de vida⁴, desafortunadamente,

es bien sabido que el estado de Chiapas, ubicado en México, es un lugar con rezagos que ponen en riesgo la salud y el bienestar de las personas, es por ello que el Objetivo del Desarrollo Sostenible número 3, se sigue haciendo hincapié en asegurar la salud y el bienestar de todos en todas las edades mediante la mejora de la salud reproductiva, materna e infantil; poner fin a las epidemias de las principales enfermedades transmisibles; reducir las enfermedades no transmisibles y ambientales; alcanzar la cobertura sanitaria universal; y asegurar el acceso a medicamentos y vacunas seguros, asequibles y eficaces⁵.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI⁶, publicó en el año 2023 que la razón de mortalidad materna calculada es de 23.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 31.3% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior. Las principales causas de defunción son la hemorragia obstétrica (24.7%); enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (17.5%) y aborto (7.1%). Las entidades con más defunciones maternas son Chiapas (16), México (15), Jalisco (11), Veracruz (11) y Puebla (10). En conjunto suman el 40.9% de las defunciones registradas en México⁷.

En el año 2023, en el Centro de Salud, "Arroyo Agua Azul" Tumbala, Chiapas, se registraron 66 embarazos entre los meses de enero a junio, de ellos, el 70% de las gestantes acudieron a control prenatal y el 30% fueron atendidas por partera tradicional dentro de su domicilio. De las mujeres que acudieron a control prenatal, 35% se encontraba en el primer trimestre de embarazo, 40% se encontraba en el segundo trimestre y en el tercer trimestre fueron un 25%.

La prevención de la mortalidad perinatal radica en gran parte en la atención obstétrica, por lo que en el Modelo de atención de enfermería obstétrica, incluidos en el Programa Nacional de Salud 2001-2006⁸, donde se ha mencionaba la necesidad de un sistema de clasificación que permitiera distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones y así establecer un plan de cuidados ya sea para la

vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

Sin embargo, las estrategias mundiales y nacionales no han sido del todo suficientes al centrarse en la capacitación y profesionalización médica y paramédica de los trabajadores de la salud, pues ha sido necesario también sensibilizar mediante estrategias universales que permitan recordar que la globalización ha sido causante de que exista migración de una cultura a otra, no es que sea algo nuevo, pero los profesionales de enfermería, al encontrarnos en una profesión relativamente nueva, observamos áreas de oportunidad para el crecimiento de nuestro cuerpo de conocimientos que permita brindar cuidados culturalmente congruentes y en un contexto intercultural; para lograrlo, Madeline nos ha heredado un legado importante para la investigación centrada en los individuos de manera holística, considerando que convivimos a diario con personas de diversas culturas.

Con esta investigación tratamos de sumarnos a fortalecer la investigación cualitativa en enfermería, considerando que el estado de Chiapas tiene una inmensa riqueza cultural al ser heredero de culturas con costumbre y lenguas vivas. Deseamos entonces contribuir a mantener esa riqueza y no a transgredir el tesoro que se nos ha permitido describir en la experiencia viva de las mujeres participantes en esta investigación.

Fornons, en 2010, afirma que la enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las identidades culturales, con las medicinas y enfermerías transculturales, un diálogo en igualdad, no sin por ello renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidentales⁹. A principios de la década de los años 60, Madeleine Leininger conceptualiza y funda la Enfermería transcultural, a la cual definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, valores o prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) han sido sometidos a diversas transformaciones a lo largo de la historia de la humanidad; las circunstancias y condiciones sociales, culturales, económicas, ambientales, políticas y geográficas que cambian la salud de los individuos y comunidades, es por eso que la OMS en los años 70, en colaboración de varios países inician a cambiar las políticas públicas y así surgen las DSS, cuyo concepto se resume como el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud¹⁰.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación cualitativa, centrada en describir las vivencias de las mujeres indígenas chiapanecas durante el control prenatal en el Centro de Salud, "Arroyo Agua Azul" Tumbala, Chiapas, considerando como diseño la etnoenfermería, la cual es referida por Fernández y citado por Islas, Zesati y Moye, como la que se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones locales de las personas (EMIC) expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales¹¹.

Así mismo se consideró como referente teórico la "teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad" de Madeleine Leininger¹², para quien el primer conocimiento específico indispensable es la cultura, y quién mejor que una investigadora inmersa en la misma, con la misma lengua materna y conocimiento natural del contexto y de los valores, creencias, manera de vivir y tradiciones. La inmersión y recolección de datos se llevó a cabo en el Centro de Salud "Arroyo Agua Azul" Tumbala, Chiapas tomando 11 participantes, las cuales son mujeres de origen tseltal, embarazadas, empleando la saturación de datos como

referencia para determinar el número de participantes. La temporalización fue de abril a septiembre de 2023. Se empleó un diario de campo y una grabadora de audio para la recolección de datos.

Para la recolección de los datos se elaboró la entrevista semiestructurada "Vivencias de las Mujeres Tseltales Durante el Control Prenatal", las entrevistas se realizaron en un área privada dentro del Centro de Salud, posterior a la consulta de atención prenatal. El análisis de datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido de Laurence Bardin ¹³.

RESULTADOS

Categoría 1. "Mi esposo y yo lo decidimos"

La fecha de la primera visita al médico es variable, esto depende de las causas que orientan a la decisión familiar; la mayoría de las mujeres entrevistadas acudieron a control prenatal al centro de salud entre el segundo y el cuarto mes de embarazo, sólo una de las mujeres se presentó hasta los 8 meses de embarazo.

"Es la primera vez que acudo a la clínica, teniendo 8 meses de embarazo" (Mujer 1).

"Acudí al centro de salud a los dos meses con dos semanas de embarazo" (Mujer 3).

"Exactamente a los dos meses acudí con la partera, ella me dijo que acudiera al centro de salud para mi control de embarazo; inicié el control prenatal en el centro de salud a los dos meses con dos semanas de embarazo" (Mujer 5).

Se observa dentro de las características de las participantes que la mayoría presentan embarazo de alto riesgo, donde se observa que se trata la mayoría adolescentes embarazadas, en tres de los casos, las mujeres consideran que la edad que tienen es un factor de riesgo por ser viejas para estar embarazadas (34, 35 y 37 años de edad), finalmente, con antecedentes perinatales, por cesárea previa y embarazos múltiples, por lo que acudir al centro de salud, representa una oportunidad para obtener beneficios como son la consulta gratuita, la adquisición de medicamentos y de cirugías. La mayoría de las participantes resaltaron la importancia de la ingesta de vitaminas, las

cuales son proporcionadas por la institución de salud.

"En esta ocasión estoy preocupada por mi edad, ya tengo 35 años... Como tenemos hijos grandes y no queremos que nos vean cuando se atiende mi parto en casa... Antes de acudir en la clínica recibí atención por parte de la partera, ya que en mi domicilio no contamos con personal de salud y la partera es la más cercana de mi domicilio... Con la partera casi no regresé porque me sobaba y sentía mucha molestia e igual no recibe ninguna capacitación y me cobra \$200 pesos por la sobada" (Mujer 1).

"No tengo problemas durante mi embarazo, me siento cansada por mi edad, lo siento un poco complicado porque ya tengo 37 años, ya no es igual que mis 9 embarazos anteriores, me siento muy cansada, agotada, sin ganas de nada. Decidí regresar con la enfermera para que me de mi hoja de referencia para que me atiendan en el hospital y de ahí mandar a operarme para no tener más hijos" (Mujer 2).

"Ahora vine antes de los dos meses de embarazo, porque el primer embarazo fue cesárea porque se me subió la presión" (Mujer 4).

"Acudimos con el médico, por mi edad, ya tengo 34 años y ya es complicado, ya no queremos más hijos, éste ya es el quinto... Por mi edad ya no tengo suficiente energía, ya tengo 34 años, cada vez tengo menos... "Entendí muy bien cómo debo de tomar mis vitaminas" (Mujer 9).

A lo largo de todo el conjunto de datos se han recogido aspectos relacionados con la fortaleza que representa la pareja para la mujer tseltal embarazada. Al hablar de este tema, todas las participantes mencionaron la frase "Mi esposo y yo lo decidimos", lo cual da muestra de que existe prejuicio respecto a la toma de decisiones en la familia tseltal. Se observa que existe buena relación de pareja, al considerar a la embarazada en situación vulnerable, el hombre asume cambio de roles, típicamente masculinos, para asegurar la integridad de la diada madre-hijo. Únicamente en uno de los casos se observó maltrato familiar y alcoholismo que interfería en las relaciones familiares.

"Mi esposo y yo tomamos el acuerdo de recibir atención por parte del personal capacitado... Haré todo lo indicado, porque mi esposo me cuida demasiado" (Mujer 1).

“Me siento triste porque mi esposo me abandona en estos momentos, ya había decidido operarme, pero cuando le platiqué, sólo me maltrató... Ya tengo muchos niños y los he descuidado por las cuestiones económicas, hago muy mal porque desde chicos, a partir de los 6 años, mis niños salen a vender en la zona turística” (Mujer 2).

“Mis hijos sufren demasiado, ya que estudian, por eso hemos decidido ya no tener más hijos, éste embarazo será el último, ya voy a mandar a operarme” (Mujer 9).

“Mi esposo y yo decidimos acudir para ser valorada, porque no tenemos el conocimiento sobre la evolución de mi embarazo” (Mujer 10).

Categoría 2. "La atención no se le niega a nadie"

Los antecedentes históricos en relación a la discriminación en la atención de la salud de los pueblos indígenas se ve reflejado en las unidades de análisis de las participantes, al observarse saturación de datos en las frases que contienen las palabras “regañó”, “temor” y “miedo”; se considera que este es uno de los motivos por lo que las mujeres embarazadas deciden no asistir a las unidades de salud, a menos que sea muy necesario, es decir, que se los haya recomendado la partera o que se les haya diagnosticado algún factor de riesgo o antecedentes perinatales.

“Mi esposo y yo pensábamos que nos iba a regañar, pero no fue así, era más el temor y miedo que teníamos” (Mujer 1).

“El médico que me atendió, muy amable en su trato y orientaciones... la verdad si me han dado la confianza suficiente, tanto como el médico como la enfermera. Me dejaron expresar las dudas que me ocasionaban temor” (Mujer 4).

“Mi esposo y yo al principio teníamos miedo de que nos trataran muy mal o nos regañaran como lo hacían las enfermeras hace mucho tiempo” (Mujer 6).

“Es la primera vez que acudo al centro de salud, ya que teníamos el temor de no ser atendidos, pero pues, ahora podemos decir que la atención no se le niega a nadie” (Mujer 9).

A partir del análisis de los datos se identificaron una serie de características comunes, referentes

al personal médico y de enfermería, una opinión común entre las participantes fue que el personal las trató con amabilidad, generosidad y que les brindaron la confianza para despejar dudas y temores relacionados a la atención en el centro de salud.

“En el centro de salud me tratan muy bien, me dan orientación para mejorar mi vida por mi embarazo” (Mujer 2)

“El doctor que me atendió fue muy amable y generoso, durante mi primera consulta me explicó bien sobre la evolución y desarrollo de mi embarazo... La verdad el doctor y la enfermera me han dado mucha confianza, ya que en algunas palabras que quiero expresar en español, la enfermera me ayuda a traducir para que sean claras mis dudas” (Mujer 3)

“La partera y el médico son muy amables en su trato, son personas muy generosas” (Mujer 5)

“El médico me explicó bien todo sobre mi embarazo, se nos quitó el miedo de acudir en el centro de salud” (Mujer 6)

“El médico y la enfermera son muy amables, hemos recibido las atenciones y orientaciones necesarias” (Mujer 9)

“La enfermera me ha tratado muy bien, desde el principio aclaró mis dudas; las orientaciones recibidas han sido muy precisas, por eso puedo decir me voy satisfecha” (Mujer 11)

Las manifestaciones de confianza y empatía por parte del personal de salud, fomentaron la toma de decisiones para continuar con el control prenatal de manera responsable y control del niño sano en el centro de salud.

“Después de recibir buena atención y comprensión, seremos responsables de acudir dentro de 15 días para mi control... Voy a seguir acudiendo porque voy a traer a mi bebé a consulta de niño sano, sobre todo que reciba sus vacunas ya que es temporada de COVID” (Mujer 1)

“Me da confianza que me sigan atendiendo en el centro de salud, me dan la confianza suficiente para regresar de nuevo al centro de salud; el médico ya tiene 13 años trabajando, ya lo conocemos muy bien” (Mujer 2)

“Le entendí muy bien a lo que el médico me indicó, voy a regresar a mis citas del embarazo cada mes, o si tengo cualquier síntoma debo acudir inmediatamente

a la clínica” (Mujer 3)

“Acudiré cada mes para que me atienda y valoren mi embarazo, tengo la confianza suficiente para regresar de nuevo” (Mujer 9)

“Me han dado la confianza suficiente para regresar de nuevo, valorarme y tratarme las veces que sea necesario” (Mujer 10)

Subcategoría. "La enfermera y yo nos entendimos muy bien"

Las barreras interculturales que se han visto a lo largo de la historia en la atención de los servicios de salud, han permitido buscar estrategias que si bien, no siempre han sido efectivas, han permitido consolidar la necesidad de la formación de profesionales de la salud que hablen la lengua materna de la región donde se labora. En el análisis de resultados se observa que en la dinámica de la región multicultural, es de mucha utilidad ser bilingües o políglotas, que es el caso de muchos de los residentes de las comunidades chiapanecas. En las unidades de análisis se resalta que la atención de salud por parte de personal que habla la lengua tseltal ayudó no sólo a las personas de lengua materna tseltal, sino que también a quienes hablan choo'l, situación que crea confianza en el personal y en la institución de salud, eliminando las malas experiencias y prejuicios.

“Estoy muy contenta porque la enfermera nos atiende muy amablemente, porque entrando en el consultorio le hable en choo'l, le dije que no hablo español, lo bueno que la enfermera habla tseltal eso nos da más confianza porque me explica de la mejor manera... Después de saber que hay una enfermera que habla dialectos, decidimos mi esposo y yo, acudir a la unidad de salud sin importar la distancia... Con la otra enfermera sentí esa seguridad de poder expresar, contarle mis dudas y mis sentimientos” (Mujer1).

“Así como la enfermera me entendió yo también entendí lo que me explicó” (Mujer 2).

“Fueron demasiado claros durante las orientaciones, también mi esposo les entendió muy bien” (Mujer 3).

“Entendí muy bien lo que dijeron durante las citas del control prenatal, además de que hablo español y el médico también, pero la enfermera habla la lengua materna que es choo'l y tseltal” (Mujer 4).

“El médico no habla ningún dialecto, pero la enfermera habla la lengua materna que es choo'l y tseltal” (Mujer 5).

“Me han dado la confianza suficiente, tanto el médico como la enfermera, ya que cuando no entiendo algunas palabras en español, la enfermera me ayuda a traducir para que sean claras mis dudas” (Mujer 6).

“La enfermera y yo nos entendimos muy bien, y entendí muy bien todo lo que me explicó” (Mujer 9)

“Me han dado la confianza suficiente, ya que la enfermera entiende todo, ella es la que ayuda a traducir” (Mujer 11).

CONCLUSIÓN

Hemos sido capaces de extraer una serie de conclusiones a partir de los resultados de este estudio, obteniendo dos categorías resultantes del análisis de contenido. Las participantes de este estudio acudieron a control prenatal, entre el segundo y el cuarto mes de embarazo, la decisión tomada en pareja, pero también como orientación de la partera, básicamente por tres motivos:

En primer lugar, representa una oportunidad para obtener beneficios familiares, como son la consulta gratuita, la adquisición de medicamentos y de cirugías, ya que, en México, se cuenta con programas sociales que proporcionan cobertura de salud para los grupos vulnerables.

En segundo lugar, se observó que la pareja decidió o la partera sugirió asistir al centro de salud, ya que dentro de las características de las participantes que la mayoría presentan embarazo de alto riesgo, pues se trata de adolescentes embarazadas, y resalta el interés al encontrarse que, en tres de los casos, las mujeres consideran que la edad que tienen es un factor de riesgo por ser “viejas” para estar embarazadas (34, 35 y 37 años),

Finalmente, la pareja decidió no asistir desde el inicio del embarazo debido al prejuicio sobre la atención en los servicios de salud, lo cual implica las unidades de análisis: “regañó”, “temor” y “miedo”. Estos desaparecen al ser atendidos, en opinión de las mujeres con un trato amable y generoso y con manifestaciones

de confianza y empatía por parte del personal de salud, las cuales fomentaron la toma de decisiones para continuar con el control prenatal y a las consultas del niño sano en el centro de salud.

En la subcategoría “La enfermera y yo nos entendimos muy bien”, los resultados permiten observar que, en la dinámica de la región multicultural, es de mucha utilidad ser bilingües o políglotas, que es el caso de muchos de los residentes de las comunidades chiapanecas. En las unidades de análisis se resalta que la atención de salud por parte de personal que habla la lengua tseltal ayudó no sólo a las personas de lengua materna tseltal, sino que también a quienes hablan cho’l, situación que crea confianza en el personal y en la institución de salud, eliminando las malas experiencias y prejuicios.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención: Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería. [Online].; 2016 [cited 2023 junio 2. Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-314-16/ER.pdf>.
2. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen. [Online].; 2018 [cited 2023 septiembre 2. Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANC-OverviewBriefer-A4-SP.pdf>.
3. Salud omdl. Sobre atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo. 2016;: p. 1.
4. OMS. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. [Online].; 2020 [cited 2023 noviembre 17. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
5. Gobierno del Estado de Chiapas. Primer informe estatal voluntario 2022. Agenda 2030. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2022 [cited 2023 octubre 29. Disponible en: https://www.agenda2030.chiapas.gob.mx/wp-content/themes/ods/pdfs/informe_voluntario_ODS/2022/Informe_Voluntario_ODS_2019-2022.pdf.
6. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Informe semanal de notificación de muerte materna. [Online].; 2023 [cited 2023 noviembre 11. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/819558/MM_2023_SE16.pdf.
7. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología (DGE). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna [Internet]. México; 2023. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/819558/MM_2023_SE16.pdf.
8. Secretaría de Salud. Modelo de atención de enfermería obstétrica. [Online].; 2001 [cited 2023 mayo 23. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_atencion_obstetrica.pdf.
9. Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm*. 2010 septiembre; 19(2-3).
10. OMS. 62ª Asamblea mundial de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; 2009 [cited 2023 agosto 12. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf.
11. Islas P, Zesati GI, Moye MJ. Una propuesta educativa en enfermería transcultural: el caso de la cultura menonita. *Enfermería universitaria*. 2011 junio; 8(3).
12. Rohrbach-Viadas C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados*. 1998; II(3).
13. Bardin DL. *Análisis de contenido*: Akal; 1991.

GASTROSQUISIS: UN ESTUDIO DE CASO QUE IMPULSA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Jiménez Aguilar, Jhonatan Franklin^{1}; Rosales Ruiz, María de Lourdes²*

-
- 1 Estudiante de 3° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH
 - 2 Maestra en Administración de los Servicios de Salud, Especialista en Enfermería Infantil. Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Autor de correspondencia: jhonatan.jimenez43@unach.mx

RESUMEN

Introducción: La gastrosquisis, una anomalía agrupada con otros defectos de la pared corporal ventral como el onfalocele y a pesar de la disminución de su incidencia en algunos países, a nivel nacional alcanza una tasa de 29.9 casos por cada 10 000 nacidos vivos en 2020, este dato subraya la necesidad de este estudio de caso para entender la etiología y mecanismos, que aún son objeto de estudio y debate en la comunidad científica.

Descripción del caso clínico: Se trata de un estudio de caso realizado a un neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La paciente fue sometida a un tratamiento integral que incluyó intervenciones quirúrgicas, bolsa de silo, laboratorios y medidas de soporte vital y nutricional culminando con el cierre abdominal en el día 17 de vida extrauterina.

Discusión: La relevancia de este caso se fundamenta en la consideración de dos modalidades terapéuticas para abordar la gastrosquisis: el cierre primario y el método escalonado, ambos enfoques presentan una serie de ventajas y desventajas; sin embargo, la elección entre uno u otro requiere un abordaje metodológico y multidisciplinario, contribuyendo de manera significativa a la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados.

Palabras Clave: Gastrosquisis; Defectos de la pared abdominal; Abordaje terapéutico; Reporte de caso.

GASTROSCHISIS: A STUDY THAT DRIVES SCIENTIFIC RESEARCH

Jiménez Aguilar, Jhonatan Franklin^{1}; Rosales Ruiz, María de Lourdes²*

-
- 1 Estudiante de 3° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, UNACH
 - 2 Maestra en Administración de los Servicios de Salud, Especialista en Enfermería Infantil. Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Corresponding author: jhonatan.jimenez43@unach.mx

ABSTRACT

Introduction: IGastroschisis, an anomaly grouped with other defects of the ventral body wall such as omphalocele, despite a decrease in its incidence in some countries, nationally reached a rate of 29.9 cases per 10,000 live births in 2020. This data emphasizes the need for this case study to understand the etiology and mechanisms, which are still under study and debate in the scientific community.

Description of the clinical case: This is a case study carried out on a newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit of the "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Regional Hospital, in the city of Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. The patient underwent comprehensive treatment, including surgical interventions, silo bag application, laboratory analyses, and vital and nutritional support measures, culminating in abdominal closure on the 17th day of extrauterine life.

Discussion: The relevance of this case lies in considering two therapeutic modalities for addressing gastroschisis: primary closure and the staged method. Both approaches present a series of advantages and disadvantages; however, the choice between them requires a methodological and multidisciplinary approach, contributing significantly to improving the quality of life for affected patients.

Key Words: Gastroschisis; Abdominal wall defect; Therapeutic approach; Case report.

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis etimológicamente viene del prefijo griego “*gaster*” que se refiere a estómago, y de “*schisis*” que denota una fisura¹. Clínicamente se puede definir como: defecto de la pared abdominal, a nivel paraumbilical derecho, que cursa con la extrusión libre de las asas y en algunos casos órganos propios de la cavidad abdominal. Es de interés hacer la observación que la gastrosquisis ubicada en el lado izquierdo, es una identidad clínica extremadamente rara, hasta la fecha, solo se han documentado 17 casos a nivel mundial². La gastrosquisis, se agrupa junto con otras anomalías de defecto en la pared corporal ventral, como el onfalocele, la ectopia cordis, la pentalogía de Cantrell, el complejo extremidad-pared del cuerpo, y las extrofias vesical y cloacal³. La variabilidad geográfica en la incidencia de la gastrosquisis plantea un panorama complejo desde el punto de vista estadístico, mientras que algunos autores refieren una disminución en la incidencia, atribuida a los notables avances en las técnicas de diagnóstico prenatal, otros presentan cifras divergentes. A nivel nacional, la incidencia para el año 2020 fue de 29.9 casos por cada 10 000 nacidos vivos⁴, mientras que en el año 2022, la cifra específica para nuestra región fue de 10 casos por cada 86 casos registrados, representando una proporción considerable entre malformaciones congénitas del sistema digestivo y de la pared corporal ventral, de acuerdo con estos registros en el Hospital de Alta Especialidad en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, la gastrosquisis se posiciona en el tercer lugar entre las principales causas de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

A pesar de los esfuerzos investigativos a nivel internacional, la etiología de la Gastrosquisis y los procesos embriológicos involucrados en su formación siguen siendo objeto de estudio y debate. No obstante, se ha establecido una relación significativa, con una edad menor a 25 años, y aún más en bebés nacidos de madres con una edad menor a 20 años⁵, en

nuestro estudio, se ha observado una posible correlación entre la edad materna y el antecedente quirúrgico de reparación de hernia que se comenta más adelante. Durante el desarrollo embrionario, al final de la tercera semana, las células que componen el mesodermo experimentan diferenciación y dan origen al mesodermo lateral, que progresa hacia el plano medio del embrión, donde se pliega para formar la porción ventral del cuerpo. Conforme las paredes abdominales toman forma, parte del endodermo que no se involucra en la formación del sistema nervioso central, se incorpora al embrión, originando así al intestino primitivo medio, que inicialmente, tiene una conexión amplia con la vesícula umbilical⁶. Sin embargo, a medida que continúa el proceso de plegamiento, esta conexión se reduce progresivamente, dejando solamente la comunicación con el cordón umbilical, el cual se divide en dos compartimentos, uno destinado a los vasos umbilicales en el lado izquierdo, y otro en el lado derecho donde se ubica el conducto onfalomesentérico⁷. Este último espacio es crítico, ya que en él tiene lugar la hernia umbilical fisiológica, un proceso natural que tiene lugar desde la sexta hasta la décima semana de desarrollo aproximadamente, producto del rápido alargamiento de las asas intestinales, lo que ocasiona que la cavidad abdominal se vuelva insuficiente para acomodar todas las estructuras que normalmente residen en ella⁸. Al final de este período, las asas intestinales, deben regresar a la cavidad abdominal, donde continuarán su maduración y desarrollo normal, es aquí donde algunas teorías buscan encontrar el origen del defecto, esto como consecuencia del daño que resulta por la convergencia de más de un factor con potencial inductor de estrés e incluso algún tipo de predisposición genética⁹. A continuación, se resume de manera concisa algunas de las explicaciones que han surgido a lo largo del tiempo:

1. **Anthony Shaw:** Propuso que la ruptura del amnios ocurre en la base del cordón umbilical durante el período de herniación fisiológica¹⁰.

2. **De Vries:** Postuló que la debilidad y la subsiguiente ruptura de la somatopleura son causadas por un desarrollo anormal de la vena umbilical derecha ¹¹.
3. **Kluth y Lambrecht:** Argumentaron que un desarrollo anormal del cordón umbilical puede llevar a la aparición de un onfalocele, seguido de su ruptura y liberación de las asas intestinales en la cavidad amniótica ¹².
4. **Rittler:** Sostuvo que el defecto se localiza en el anillo umbilical, a lo largo del cual se produce la evisceración de los órganos abdominales ¹³.
5. **Jhon Opitz:** Sugirió que la gastrosquisis se debe a un defecto en el plegamiento de la línea media, afectando tanto el canal como el anillo umbilical, lo que resulta en la ausencia de cierre y la ruptura del amnios que normalmente cubre las asas intestinales ¹⁴.

En la evaluación física se obtuvo un peso de 1.270 kg, una talla de 37 cm, con perímetro cefálico de 31 cm, tórax simétrico, con un patrón respiratorio Silverman Anderson 2 (quejido respiratorio y retracción xifoidea), lo que llevó a la implementación de soporte ventilatorio mediante puntas nasales a una tasa de dos litros por minuto. Además, se notó la presencia de un cordón umbilical lateral izquierdo con dos arterias y una vena. Las maniobras de Barlow y Ortolani resultaron negativo, mientras que los reflejos de tracción palmar y moro se encontraban presentes. Se verificó la presencia de pulsos periféricos y un llenado capilar de 2 segundos.

hernia inguinal a los 10 años de edad, control prenatal desde el segundo trimestre del embarazo. Se detectó la presencia de gastrosquisis en la ecografía realizada a las 18 semanas de gestación.

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

Se llevaron a cabo estudios de hematología, que arrojaron los siguientes resultados, grupo sanguíneo y factor RH O positivo, hemoglobina de 19.19 g/dL y 29.80% de hematocrito .

DIAGNÓSTICO

Recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación, con bajo peso al nacer, gastrosquisis, restricción del crecimiento intrauterino, atresia intestinal, vólvulo intestinal y acidosis metabólica.

TRATAMIENTO

La paciente ingresa en ayuno junto con administración de antibióticos, sometida a procedimientos terapéuticos, que incluyeron controles de laboratorio, consulta con cirugía pediátrica, medidas de soporte, inserción de catéter venoso central, bolsa de silo, asistencia respiratoria mecánica, analgesia, sedación y transfusión sanguínea para corregir las anomalías hematológicas detectadas.

EVOLUCIÓN

Al tercer día de vida extrauterina, se llevó a cabo una yeyunostomía junto con

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente neonatal femenina, que fue recibida al nacer a través de un parto por cesárea, descubriendo una anomalía en la zona abdominal, con el estómago, ovarios y más del 90% de las asas intestinales fuera de la cavidad abdominal, acompañado de tejido en proceso de necrosis y una hemorragia moderada.

ANTECEDENTES

Es producto de gesta 1 de madre con edad de 16 años, aparentemente saludable, con antecedentes de cirugía de reparación de hernia inguinal a los 10 años de edad, control prenatal desde el segundo trimestre del embarazo. Se detectó la presencia de gastrosquisis en la ecografía realizada a las 18 semanas de gestación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se observa recién nacido con una frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 55 por minuto, con 36.5 °C de temperatura, una saturación de oxígeno del 96% y una presión arterial de 64/40 mmHg.

yeyunoanastomosis, durante la cual se identificó y seccionó un segmento intestinal necrótico de aproximadamente 20 cm, además de la observación de un colon hipoplásico. Se procedió con una anastomosis término-terminal, introduciendo el estómago, duodeno, yeyuno y porción del colon, colocándose bolsa de silo por segunda intención. El paciente mostró una evolución satisfactoria bajo un régimen de Nutrición Parenteral Total (NTP) y se sometió al cierre abdominal en el decimoséptimo día de vida extrauterina. Este caso ilustra los desafíos clínicos y terapéuticos asociados con la gastrosquisis, subrayando la importancia de un enfoque multidisciplinario y una atención metodológica en el manejo de este trastorno.

DISCUSIÓN

Desde 1773 cuando James Calder publicó el primer caso conocido de gastrosquisis hasta la actualidad¹⁵⁻¹⁷, esta patología sigue siendo un reto significativo, considerando que no se encuentran registros de casos control. Es necesario adoptar un enfoque metodológico realizando el diagnóstico temprano mediante ecografía entre las semanas 11 y 14^{7,18}. Requiere un alto entendimiento de los patrones de imagen de la gastrosquisis, tal como lo sostiene Abdul Hadi Said, esto se debe a que las imágenes obtenidas por ecografía suelen ser complejas y desafiantes¹⁹. Prueba de esto es el reporte de una hemorragia intraamniótica confundida con una gastrosquisis por Magann Everett, que no se detectó hasta el momento del parto y comprometió la vida del paciente²⁰. Por lo que, el diagnóstico comúnmente se suele realizar en la semana 20 de gestación²¹. La gastrosquisis puede ser de tipo simple o complejo, de acuerdo con el compromiso de otros órganos y no solo de las asas intestinales, es decir, hablamos de gastrosquisis simple cuando no se asocia con complicaciones intestinales, y compleja cuando se acompaña con complicaciones como atresia intestinal, estenosis, vólvulo, perforación o isquemia²²⁻²⁴. En este caso, el producto del embarazo se clasificó como un caso complejo, debido a la exposición de órganos abdominales como el estómago, el colon y los ovarios. Para

la intervención terapéutica de la gastrosquisis, es imperativo contar con una guía de práctica clínica que asegure una intervención oportuna. Sin embargo, actualmente no existe un protocolo unificado a nivel nacional que regule dicha intervención, resultando en una variabilidad en el enfoque terapéutico dependiendo de la ubicación geográfica, incluso a escala global. En este estudio específico, la estrategia terapéutica primordial se enfocó en la estabilización y regulación de las funciones vitales del paciente, con el objetivo de garantizar su supervivencia; se realizó una monitorización continua de los indicadores hematológicos, lo que condujo a la administración de transfusiones sanguíneas para normalizar los niveles de hemoglobina y hematocrito. Además, se implementó un régimen farmacológico con el propósito de prevenir la sepsis, que es una de las complicaciones más comunes, de hecho, Marshall W. Wallace en su artículo de "Infectious Complications and Antibiotic Use in Gastroschisis" afirma su presencia en dos tercios de los pacientes con gastrosquisis²⁵. En otros países tradicionalmente se llevaba a cabo el cierre quirúrgico en las primeras 3-6 horas después del nacimiento desde su éxito en 1948 por Gross¹⁷. Ya que supone algunas ventajas como reducir la exposición de las asas para evitar otras complicaciones²⁶, sin embargo, la constante investigación de profesionales médicos a nivel internacional, así como, las diferencias entre los casos reportados de gastrosquisis han colaborado en la búsqueda de nuevos enfoques que sean menos invasivos, dentro de ellos, el método escalonado, que ha demostrado una eficacia superior al reducir el riesgo de complicaciones secundarias, como el aumento de la presión intraabdominal, sepsis e incluso la mortalidad; además, de que busca acelerar el inicio de la alimentación enteral y garantizar un pronóstico más estable, disminuyendo la estancia hospitalaria²⁷. En este caso, se empleó la técnica conocida como "bolsa de silo", el cual fue propuesto por Schuster en 1967 y posteriormente modificado por Allen y Wren en 1969¹⁷. Este método implica la utilización de una bolsa que aísla los órganos expuestos del entorno externo, al mismo tiempo que facilita la inserción gradual de las asas en la cavidad abdominal, logrando

así una resolución exitosa del problema. Sin embargo, la gastrosquisis presenta variaciones significativas en cada paciente, lo que dificulta su manejo y comprensión, se han reportado casos de gastrosquisis asociada a otras anomalías, como neuroblastoma congénito u onfalocele^{28, 29}. La alimentación se mantuvo a través de nutrición parenteral total. Finalmente, a los 50 días de vida extrauterina, la paciente fue dada de alta, marcando un caso exitoso. No obstante, es imperativo recordar que, en numerosas ocasiones, el éxito terapéutico se ve obstaculizado por las múltiples complicaciones y variaciones que pueden surgir a lo largo de la evolución de estos pacientes, lo que pone de manifiesto el desafío clínico continuo que enfrentamos.

En conclusión, se destaca la necesidad de que las instituciones académicas inculquen en los futuros cirujanos a asumir el papel de investigador, esto no solo contribuye a la formación personal, sino que también fomenta el avance colectivo dentro de la comunidad científica. En un segundo plano, específicamente en el contexto de la gastrosquisis, se enfatiza la necesidad imperativa de implementar estrategias terapéuticas innovadoras y metodológicas, aprovechando las tecnologías disponibles. Finalmente, se insta a la participación activa en la cooperación y el intercambio de conocimientos, considerando la la sinergia de esfuerzos como elemento crucial para el progreso en el entendimiento y tratamiento de afecciones complejas, como la gastrosquisis.

REFERENCIAS

- López Valdéz Jaime Asael, Castro Cóyotl Dulce María, Venegas Vega Carlos Alberto. Nuevas hipótesis embriológicas, genética y epidemiología de la gastrosquisis. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2011 Jun [citado 2023 Dic 03]; 68(3): 245-252. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000300010&lng=es.
- Hernández-Gómez M, Mendoza-Caamal EC, Yllescas-Medrano E, et al. Gastrosquisis izquierda: primer reporte mexicano y revisión de la literatura. Perinatol Reprod Hum. [Internet]. 2009 Oct [citado 2023 Dic 03]; 23(4): 214-218. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24540>
- Ulysses S. Torres, Eduardo Portela-Oliveira, Fernanda Del Campo Braojos Braga, Heron Werner, Pedro Augusto Nascimento Daltro, Antônio Soares Souza. When Closure Fails: What the Radiologist Needs to Know About the Embryology, Anatomy, and Prenatal Imaging of Ventral Body Wall Defects. Seminars in Ultrasound, CT and MRI. [Internet]. 2015 Dec [citado 2023 Dic 03]; 36(6): 522-536. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.sult.2015.01.001>
- Clara Benítez M, Olivo Utria RC, Guerrero Varticovsky AV, Perez Gonzalez R. GASTROSQUISIS, UNA ENTIDAD QUE NO DEBEMOS OLVIDAR, A PROPOSITO DE UN CASO. Biociencias [Internet]. 2020 May [citado 2023 Dic 03]; 15(1): 93-101. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/6365> DOI: [10.18041/2390-0512/biociencias.1.6365](https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.6365)
- Nazer Herrera, J., Karachon Essedin, L., Cifuentes Ovalle, L., & Assar Cuevas, R. Gastrosquisis: ¿una pandemia con tasas en aumento? Experiencia del estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas (ECLAMC) en Chile. Período 1982-2014. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2016 Sep [citado 2023 Dic 03]; 87(5): 380-386. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.06.003> DOI: [10.1016/j.rchipe.2016.06.003](https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.06.003)
- Sadler TW. Langman. Embriología médica. 14a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2023.
- Díaz Carlos, Copado Yazmín, Muñoz Gianna, Muñoz Hernán. Malformaciones de la pared abdominal. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016 Jul [citado 2023 Dic 03]; 27(4): 499-508. Disponible en: [MALFORMACIONES DE LA PARED ABDOMINAL | Revista Médica Clínica Las Condes \(elsevier.es\)](https://www.revistaclinicacondes.cl/revista/ver-articulo-malformaciones-de-la-pared-abdominal-101016-j-rmclc-2016-07-009) DOI: [10.1016/j.rmclc.2016.07.009](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.07.009)
- clues to understand gastroschisis. Embryology, pathogenesis and epidemiology. Colomb Med (Cali) [Internet]. 2021 Jul [citado 2023 Dic 03]; 52(3): e4004227. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/cm.v52i3.4227> DOI: [10.25100/cm.v52i3.4227](https://doi.org/10.25100/cm.v52i3.4227)
- Bhat Vishwanath, Moront Mateo, Bhandari Vineet. Gastroschisis: A State-of-the-Art Review. Children (Basel) [Internet]. 2020 Dec [citado 2023 Dic 03]; 7(12): 302. Disponible en: [Gastroschisis: una revisión del estado del arte - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3390/children7120302) DOI: [10.3390/children7120302](https://doi.org/10.3390/children7120302)
- Shaw Anthony. The myth of gastroschisis. J Pediatr Surg [Internet]. 1975 Apr [citado 2023 Dic 03]; 10(2): 235-44. Disponible en: [The myth of gastroschisis - Journal of Pediatric Surgery \(jpedisurg.org\)](https://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(75)90285-7) DOI: [10.1016/0022-3468\(75\)90285-7](https://doi.org/10.1016/0022-3468(75)90285-7)
- De Vries PA. The pathogenesis of gastroschisis and omphalocele. J Pediatr Surg [Internet]. 1980 Jun [citado 2023 Dic 03]; 15(3): 245-51. Disponible en: [The pathogenesis of gastroschisis and omphalocele - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6022-3468(80)80130-8) DOI: [10.1016/s0022-3468\(80\)80130-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(80)80130-8)
- Kluth Dietrich, Lambrecht Wolfgang. The pathogenesis of omphalocele and gastroschisis. Pediatr Surg Int [Internet]. 1996 Mar [citado 2023 Dic 03]; 11(2-3): 62-6. Disponible en: [The pathogenesis of omphalocele and gastroschisis | Pediatric Surgery International \(springer.com\)](https://www.springer.com/journal/10077/issue/1123) DOI: [10.1007/BF00183727](https://doi.org/10.1007/BF00183727)
- Rittler Monica, Vauthay Liliana, Mazzitelli Nancy. Gastroschisis is a defect of the umbilical ring: evidence from morphological evaluation of stillborn fetuses. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol [Internet]. 2013 Apr [citado 2023 Dic 03]; 97(4): 198-209. Disponible en: [La gastrosquisis es un defecto del anillo umbilical: evidencia de la evaluación morfológica de fetos nacidos muertos - Rittler - 2013 - Investigación de defectos congénitos Parte A: Teratología clínica y molecular - Biblioteca en línea Wiley](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdra.23130) DOI: [10.1002/bdra.23130](https://doi.org/10.1002/bdra.23130)
- Opitz Jhon M, Feldkamp Marcia L, Botto Lorenzo D. An evolutionary and developmental biology approach to gastroschisis. Birth Defects Res [Internet]. 2019 Apr 1 [citado 2023 Dic 03]; 111(6): 294-311. Disponible en: [Un enfoque evolutivo y de biología del desarrollo para la gastrosquisis - Opitz - 2019 - Investigación de defectos congénitos - Wiley](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdra.23130)

- [Online Library](#) DOI: [10.1002/bdr2.1481](https://doi.org/10.1002/bdr2.1481)
15. Calder James. Two examples of children with preternatural conformation of the guts. *Medical Essays and observations*, Vol I. T, W Ruddimans, Medical Society of Edinburgh. 1733; 1:203. Disponible en: [Calder: Dos ejemplos de niños con preternatural... - Google Scholar](#)
 16. Curry José I, McKinney Patricia, Thornton James G, Stringer Mark D. The aetiology of gastroschisis. *BJOG* [Internet]. 2000 [citado 2023 Dic 03]; 107(11): 1339-1346. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11645> DOI: [10.1111/j.1471-0528.2000.tb11645.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11645.x)
 17. Romay Bello Ana Belén, Soler Ruiz Patricia, Asenjo de la Fuente Eloy, Costales Badillo César, Montalvo Montes Joaquín. Defectos de cierre de la pared abdominal: gastrosquisis. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Dic 03]; 54(12): 612-617. Disponible en: [Defectos de cierre de la pared abdominal: gastrosquisis | Progresos de Obstetricia y Ginecología \(elsevier.es\)](#) DOI: [10.1016/j.pog.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.008)
 18. Guzmán Edwin R. Early prenatal diagnosis of gastroschisis with transvaginal ultrasonography. *AJOG* [Internet]. 1990 May [citado 2023 Dic 03]; 162(5):1253-1254. Disponible en: [Early prenatal diagnosis of gastroschisis with transvaginal ultrasonography - American Journal of Obstetrics & Gynecology \(ajog.org\)](#) DOI: [doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)90029-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)90029-7)
 19. Said Abdul Hadi, Md Nor Mohd Zamir, Che Yusof Modh Daud. A case report of gastroschisis: Prenatal diagnosis in primary care settings matters. *Malays Fam Physician* [Internet]. 2023 Sep [citado 2023 Dic 03]; 18(53). Disponible en: [A case report of gastroschisis: Prenatal diagnosis in primary care settings matters - PMC \(nih.gov\)](#) DOI: [10.51866/cr.278](https://doi.org/10.51866/cr.278)
 20. Magann Everett F, Dinnel Kinsey I, Rabie Nader Z, Shoemaker Amanda L, Manning Nirvana A. Intra-Amniotic Hemorrhage Imitating Gastroschisis: A Case Report and Review of the Literature. *Am J Case Rep* [Internet]. 2016 Oct 20 [citado 2023 Dic 03]; 17:766-769. Disponible en: [Intra-Amniotic Hemorrhage Imitating Gastroschisis: A Case Report and Review of the Literature - PMC \(nih.gov\)](#) DOI: [10.12659/AJCR.900114](https://doi.org/10.12659/AJCR.900114)
 21. Rentea Rebecca M, Gupta Vikas. Gastroschisis. *StatPearls Publishing LLC* [Internet]. 2023 Apr 10 [citado 2023 Dic 03]; Disponible en: [Gastroschisis - StatPearls - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
 22. Oakes Megan C, Porto Manuel, Chung Judith H. Advances in prenatal and perinatal diagnosis and management of gastroschisis. *Seminars in Pediatric Surgery* [Internet]. 2018 Oct [citado 2023 Dic 03]; 27(5):289-299. Disponible en: [Advances in prenatal and perinatal diagnosis and management of gastroschisis - ScienceDirect](#) DOI: doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.08.006
 23. Bergholz Robert, Boettcher Michael, Reinshagen Konrad, Wenke Katharina. Complex gastroschisis is a different entity to simple gastroschisis affecting morbidity and mortality-a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 Dic 03]; 49(10):1527-1532. Disponible en: [Complex gastroschisis is a different entity to simple gastroschisis affecting morbidity and mortality-a systematic review and meta-analysis - PubMed \(nih.gov\)](#) DOI: [10.1016/j.jpedsurg.2014.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2014.08.001)
 24. Joyeux L, Belfort MA, De Coppi P, Basurto D, Valenzuela I, et al. Complex gastroschisis: a new indication for fetal surgery?. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 Dec [citado 2023 Dic 03]; 58(6):804-812. Disponible en: [Complex gastroschisis: a new indication for fetal surgery? - Joyeux - 2021 - Ultrasound in Obstetrics & Gynecology - Wiley Online Library](#) DOI: [10.1002/uog.24759](https://doi.org/10.1002/uog.24759)
 25. Wallace Marshall W, Danko Melissa E, Zamora Irving J, Morris Emily A, Li Jiayue, et al. Infectious Complications and Antibiotic Use in Gastroschisis. *Mary Ann Liebert Inc Publisher* [Internet]. 3023 Jun 5 [citado 2023 Dic 03]; 24(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1089/sur.2022.397> DOI: doi.org/10.1089/sur.2022.397
 26. Petrosyan Mikael, Sandler Anthony D. Closure methods in gastroschisis. *Seminars in Pediatric Surgery* [Internet]. 2018 Oct [citado 2023 Dic 03]; 27(5):304-308. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.08.009> DOI: doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.08.009
 27. Skarsgard Erik D. Management of gastroschisis. *Current Opinion in Pediatrics* [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Dic 03]; 28(3):363-369. Disponible en: [Management of gastroschisis : Current Opinion in Pediatrics \(lww.com\)](#) DOI: [10.1097/MOP.0000000000000336](https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000336)
 28. Masden Tyler, Moores Donald C, Radulescu Andrei. A Rare Combination of Left-Sided Gastroschisis and Omphalocele in a Full-Term Neonate: A Case Report. *Am J Case Rep* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Dic 03]; 9(21):e923301. Disponible en: [American Journal of Case Reports | A Rare Combination of Left-Sided Gastroschisis and Omphalocele in a Full-Term Neonate: A Case Report - Article abstract #923301 \(amjcaserep.com\)](#) DOI: [10.12659/AJCR.923301](https://doi.org/10.12659/AJCR.923301)
 29. Rosa Rafael F.M, Michelon Laura, Masiero Átila Masiero, Faria Adyr E.V, De Sousa Vanessa F, et al. Gastroschisis in a fetus with a congenital neuroblastoma: Association or coincidence?. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* [Internet]. 2016 Feb 15 [citado 2023 Dic 03]; 106(3):208-212. Disponible en: [Gastroschisis in a fetus with a congenital neuroblastoma: Association or coincidence? - PubMed \(nih.gov\)](#) DOI: [10.1002/bdra.23484](https://doi.org/10.1002/bdra.23484)

IMPACTO EN EL ESTADO FUNCIONAL EN TRABAJADORES CON TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE EXTERMITADES SUPERIORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SPPTIMSS

Rodríguez Díaz, Amparo Roxana¹; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 2 Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3 Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

* Autor de correspondencia: umqbalcazar@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se estima que cerca del 30% de la morbilidad ocupacional corresponde a trastornos musculoesqueléticos, los cuales afectan la calidad de vida de los trabajadores y representan un costo económico en términos de días laborales perdidos, incapacidades, ausentismo, jubilaciones anticipadas, gastos por exámenes diagnósticos y tratamiento.

Objetivo: Conocer el Impacto en el estado funcional en trabajadores con Trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores que acuden al servicio de SPPTIMSS.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal, se estimó el grado de afectación funcional en 48 pacientes laboralmente activos mayores de 18 años, se exploró la función de los pacientes y cuán molestos estaban por su sintomatología, abarcando áreas como actividades diarias, estatus emocional, movilidad, índice de función, función de brazo y mano e índice de molestia, permitiendo categorizarlo como para nada difícil, un poco difícil, moderadamente difícil, muy difícil e incapaz de hacer. El análisis estadístico contempló estadística descriptiva y analítica como T de Student para muestras independientes.

Resultados: Los resultados demuestran que la función de brazo y mano se ven mayormente afectadas en población mayor de 40 años, afectando sus actividades laborales y calidad de vida ($p=0.001$).

Conclusiones: La función de brazo y mano se ven mayormente afectadas en población mayor de 40 años, afectando sus actividades tanto laborales como de la vida diaria y por ende la calidad de vida de forma significativa.

Palabras Clave: Trastornos musculo esqueléticos, Extremidades superiores, Calidad de vida.

IMPACT ON FUNCTIONAL STATUS IN WORKERS WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS OF THE UPPER EXTREMITIES WHO ATTEND THE SPPTIMSS SERVICE

Rodríguez Díaz, Amparo Roxana¹; Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 2 Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3 Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

* Corresponding author: umqbalcazar@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: It is estimated that about 30% of occupational morbidity corresponds to musculoskeletal disorders, which affect the quality of life of workers and represent an economic cost in terms of lost workdays, disabilities, absenteeism, early retirement, expenses for exams, diagnoses and treatment. Objective: To know the Impact on the functional status in workers with musculoskeletal disorders of the upper extremities who attend the SPPTIMSS service.

Objective: To know the Impact on the functional status in workers with musculoskeletal disorders of the upper extremities who attend the SPPTIMSS service.

Materials and methods: Quantitative, descriptive, analytical and cross-sectional study, estimated the degree of functional impairment in 48 work-active patients over 18 years of age, the function of the patients was explored and how bothered they were by their symptoms, covering areas such as daily activities, emotional status, mobility, function index, arm and hand function and discomfort index, allowing it to be categorized as not at all difficult, a little difficult, moderately difficult, very difficult and unable to do. The statistical analysis included descriptive and analytical statistics such as Student's T for independent samples.

Results: The results demonstrate that arm and hand function are mostly affected in the population over 40 years of age, affecting their work activities and quality of life ($p= 0.001$).

Conclusions: The function of the arm and hand is mostly affected in the population over 40 years of age, affecting their work and daily life activities and therefore their quality of life significantly.

Key Words: Musculoskeletal disorders, Upper extremities, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, un promedio de 160 millones de personas en todo el mundo sufre de manera anual de enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto se debe en gran medida a los cambios tecnológicos, sociales y económicos que han contribuido a la existencia de nuevos riesgos, entre ellos los trastornos musculoesqueléticos (TME); estos trastornos representan uno de los padecimientos laborales más frecuentes, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Se estima que aproximadamente el 30% de la morbilidad laboral corresponde a este tipo de patologías, las cuales afectan la calidad de vida de los trabajadores y representan un problema en cuanto al costo económico en términos de días laborales perdidos debido a ausentismo laboral por incapacidades o jubilaciones anticipadas, gastos por estudios diagnósticos y tratamiento, así como costos de rehabilitación ¹.

Según los datos de la II Encuesta Navarra de salud y condiciones de trabajo en el año 2006, el 48% de los trabajadores presentaron algún malestar de tipo músculo esquelética a consecuencia de posturas forzadas en el trabajo, siendo la región lumbar la más frecuente, con un 39%, seguida del cuello con un 30% y espalda superior con un 26%. Las molestias en hombros, brazos y manos/muñecas presentan frecuencias del 16%, el 13% y el 12% respectivamente. En España, las cifras son similares. Según la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VI-ENCT) realizada en 2007, el 74,2% de los trabajadores encuestados señala sentir alguna molestia que se adjudica a posturas y esfuerzos asociados al trabajo que realiza. Entre las molestias más frecuentes, destacan las localizadas en la zona baja de espalda (40,1%), el cuello (27%) y la zona alta de espalda (26,6%). Datos similares pueden verse en Alemania, Finlandia, EE. UU, Suecia, Inglaterra y Colombia ².

Estudios realizados en enfermería hospitalaria

señalan que la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos se sitúa en torno al 80-85% ³.

Otros estudios realizados en Europa y América del Norte demuestran que el personal de enfermería es uno de los gremios mayormente afectados por enfermedades músculo esqueléticas, predominando las molestias lumbares comparado con otros grupos profesionales y en términos generales, el personal de salud es el grupo con mayor prevalencia con un riesgo de 2,2 veces mayor de padecer lumbalgia con el resto de la población general ⁴.

Con relación a la etiología, se estima que la manipulación de cargas contribuye al 34% de los TME ocasionando lesiones principalmente en espalda, brazos y manos; las posturas forzadas pueden afectar a huesos, músculos y ligamentos siendo la causa del 45% de este tipo de trastornos y por último, los movimientos repetitivos de brazos que ocasionan el desarrollo de tenosinovitis y síndrome del túnel del carpo, contribuyendo al 58% de los casos, siendo los operadores de maquinarias y montacargas los trabajadores más afectados ⁵.

Según la OMS (2004), los daños físicos ocurren cuando el esfuerzo mecánico excede la capacidad de carga del sistema locomotor y clasifica a este tipo de lesiones en agudas, las cuales son ocasionadas por un esfuerzo intenso pero breve, lo que provoca daño en la estructura y función de algunos segmentos anatómicos, por ejemplo, el desgarro muscular al levantar peso excesivo o el bloqueo de una articulación a consecuencia de un movimiento brusco; y crónicas, ocasionadas por el esfuerzo permanente, las cuales producen dolor y disfunción creciente, entre ellas se encuentran el desgarro de ligamentos por esfuerzos repetidos, la tenosinovitis y el espasmo o rigidez muscular ⁶.

De acuerdo a cifras del IMSS, durante el año 2015 se presentaron un total de 3230 casos de

enfermedades del sistema osteoarticular equivalente al 26.8% del total de riesgos calificados como enfermedad laboral; del mismo modo, el Instituto Nacional de Rehabilitación (2014) llevó a cabo un estudio en pacientes atendidos en sus instalaciones por patologías musculoesqueléticas, obteniendo como resultado que el 11.5% de los 3508 pacientes, realizaban actividades como artesanos de artes mecánicas y operadores de instalaciones, máquinas y montacargas ⁷.

A pesar de que el sector manufacturero es uno de los más grandes, los procesos no mejoran ya que continúan siendo repetitivos y pesados, haciéndolos extenuantes para los operadores; lo que a provocado la aparición de trastornos musculoesqueléticos; hecho que guarda relación estrecha con las nuevas formas de organización, la flexibilidad de la fuerza de trabajo, el menor control de los procesos técnicos, así como el incremento de los requerimientos de producción ⁸.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal. El universo de estudio estuvo conformado por 45 pacientes laboralmente activos, con trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores que acuden al Servicio de Prevención y Promoción a la Salud de los Trabajadores IMSS (SPPTIMSS) del Hospital General de Zona número 2, del IMSS, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas y posteriormente se compararon dos grupos de estudio de nuestra población muestra, un grupo con población menor de 40 años con otro grupo de más de 40 años. El protocolo fue aprobado por los Comités de Investigación y ética en Investigación de la unidad. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 18 años en adelante, derechohabientes del Hospital General de Zona número 2 del IMSS, pacientes con lesión de tejidos blandos de alguna extremidad superior, pacientes que realizan movimientos repetitivos y pacientes con

osteoartritis o artritis reumatoide, se excluyeron del estudio pacientes con lesión craneal, pacientes con fractura de la columna vertebral y/o déficit neurológico, pacientes con enfermedades neuromusculares, pacientes con amputación secundaria a enfermedad sistémica, pacientes con historia de accidente cerebrovascular o enfermedad cardiovascular, pacientes con enfermedad renal en etapa terminal, pacientes con cáncer o SIDA, pacientes con trastornos psiquiátricos graves o limitación cognitiva. Todos los médicos que aceptaron participar dieron su consentimiento por escrito.

Para estimar el impacto en el estado funcional, se utilizó una versión abreviada del cuestionario MFA, conformada por un cuestionario de 46 ítems, el cuestionario SMFA-Mex ha sido traducido y adaptado culturalmente con éxito a partir de la versión original en inglés, consiste en 34 preguntas que cubren la evaluación de la función de los pacientes y 12 preguntas que cubren cuán molestos están los pacientes por su sintomatología. El cuestionario está diseñado para ser completado por el paciente, pregunta sobre la experiencia del paciente en la anterior semana y utiliza una escala de 5 puntos para capturar los resultados. Cada pregunta tiene una puntuación de 1, sin problemas/ sin dificultad/ sin molestias a 5, no poder hacer una tarea/ síntomas todo el tiempo/ ser muy molesto, con calificación final de 0-100 en donde a mayor puntuación por función, mayor grado de afectación, dividido en 6 apartados, actividades diarias (reactivos 3, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 33), estatus emocional (reactivos 7, 27, 29, 30, 31, 32 y 34), función de brazo y mano (reactivos 2, 5, 9, 10, 11, 16, 17 y 18), movilidad (reactivos 1,4, 6, 8, 12, 13, 19, 26 y 28), índice de molestia de la pregunta 35 a la 46 e índice de función de la pregunta 1 a la 34.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico contempló estadística descriptiva utilizando frecuencias y proporciones de las variables cualitativas, en las

cuantitativas media y desviación estándar. Se incluyó estadística analítica como t de Student para muestras independientes. Los datos obtenidos han sido presentados a través de tablas descriptivas. Se estableció una $p < 0.001$ como significativa. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 25.

RESULTADOS

Se encuestaron a 45 pacientes laboralmente activos, 31 mujeres (68.9%) y 14 hombres (31.1%), media de edad de 39.00 ± 9.632 , con media de jornada laboral de $7.98 \text{ horas} \pm 2.094$, con predominio en el estado civil soltero en el 42.2% de los pacientes y categoría médico con 62.2%.

Los resultados obtenidos al explorar las características sociodemográficas pueden observarse en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variable	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	14	31.1
Femenino	31	68.9
<i>Estado civil</i>		
Soltero	19	42.2
Casado	18	40.0
Divorciado	5	11.1
Viudo	2	4.4
Concubinato	1	2.2
<i>Categoría</i>		
Médico	28	62.2
Enfermera	8	17.8
Auxiliar de área médica	3	6.7
Administrativo	6	13.3

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas a pacientes que acuden al servicio de SPPTIMSS del Hospital General de zona, Número 2 (2022).

De los dos grupos que se compararon de nuestra población muestra, el grupo de población mayor de 40 años demostró mayor afectación principalmente en la función de brazo y mano ($p= 0.002$), así como mayor

índice de molestia ($p= 0.001$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa según se muestra en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Grado de afectación funcional de acuerdo a escalas

Escala	Edad		Valor p
	Mayores de 40 años (%)	Menores de 40 años (%)	
Actividades diarias	14.34 ± 10.23	3.84 ± 4.7	0.000
Estatus emocional	18.60 ± 10.75	7.96 ± 7.01	0.000
Movilidad	15.05 ± 9.76	4.8 ± 4.48	0.000
Índice de función	14.74 ± 4.66	4.66 ± 4.64	0.000
Función brazo mano	10.36 ± 2.16	2.16 ± 5.05	0.002
Índice de molestia	13.04 ± 4.24	4.24 ± 5.28	0.001

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas aplicadas a pacientes que acuden al servicio de SPPTIMSS del Hospital General de zona, Número 2 (2022)..

DISCUSIÓN

Desde una perspectiva socioeconómica, las consecuencias de los TME son muy graves en términos de discapacidad, de eficiencia laboral y de impacto en los costos de atención a la salud y de seguridad social. Tras analizar nuestros datos, observamos que el sexo predominante en nuestros encuestados laboralmente activos fue el sexo femenino, con un promedio de horas laborales de 7.98, con predominio de escolaridad a nivel licenciatura, seguido de bachillerato, de los cuales el 62.2% fueron médicos, 17.8% personal de enfermería, 13.3% administrativo y 6.7% auxiliar de área médica, con un rango de edad con una mínima de 25 y máxima de 65 años, encontrando además de gran utilidad el cuestionario empleado validado al español para valorar el grado de afectación en cuanto a calidad de vida de nuestra población ya que nos permite cuantificar el grado de molestia de la población encuestada ocasionado por sus disfunciones, evaluando la percepción del paciente sobre su desempeño funcional basándose en sus

actividades diarias, el estado emocional, función del brazo y mano y movilidad. El índice de molestia refleja el informe del paciente de disfunción en las actividades de la vida diaria en categorías como recreación y ocio, sueño y descanso, trabajo y familia, lo cual nos permitió identificar al grupo de población con mayor afectación en cuanto a calidad de vida por TME de extremidades superiores, encontrando una correlación entre el rango de edad y el grado de afectación, con mayor grado de afectación en el grupo de población mayor de 40 años, por lo que se podría utilizar este instrumento de medición, sobre todo en población mayor de 40 años y así detectar a tiempo posibles problemas musculoesqueléticos y realizar acciones tanto preventivas como de rehabilitación, encaminadas a la solución de dicha problemática, esto de la mano de áreas como ergonomía, traumatología, medicina del trabajo y rehabilitación, para poder llevar a cabo un manejo multidisciplinario y con ello evitar el ausentismo laboral secundario a este tipo de enfermedades.

Un estudio realizado en Cataluña, España, en fisioterapeutas, concluyó que la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos es más alta entre las mujeres (89.6%) que entre los hombres (81.5%) (X^2 : 0.020; OR: 1.95 [1.13-3.33], $p=0.017$), y es mayor si trabajan en la especialidad de fisioterapia deportiva (X^2 2: 0.044; OR: 2.48[1.11;6.35], $p = 0.025$), las zonas anatómicas más frecuentemente afectadas por trastornos musculoesqueléticos fueron el hombro (62.1%), la muñeca y mano (54.9%) y el cuello (49.1%). Por su parte nuestros resultados no son muy distintos a lo reportado en dicho estudio, encontrando una similitud en cuanto a mayor prevalencia en el sexo femenino y mayor grado de afectación en la región de mano $p = 0.002$, variando en la categoría mayormente afectada, esto pudiendo deberse al tipo de población de estudio ⁹.

Por lo que el presente estudio con un diseño

metodológico adecuado encuentra de gran utilidad el cuestionario empleado, lo que deberá de tomarse en cuenta para futuros estudios ¹⁶.

CONCLUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio demuestran que los trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores más prevalentes fueron los que afectan la función de brazo y mano, los cuales a su vez se ven mayormente reflejados en población mayor de 40 años, afectando sus actividades laborales y calidad de vida de forma significativa, encontrando también al sexo femenino como el más predominante, con un promedio de horas laborales de 7.98, con predominio de escolaridad a nivel licenciatura, seguido de bachillerato, de los cuales el grupo médico fue el más predominante, seguido de personal de enfermería, administrativo y por último, auxiliar de área médica, con un rango de edad con una mínima de 25 y máxima de 65 años.

Por lo que concluimos que, a mayor edad y mayores horas de jornada laboral, se encuentra mayor grado de afectación de calidad de vida por trastornos musculo esqueléticos.

REFERENCIAS

1. Jiménez M. Relación con los Trastornos musculoesqueléticos en miembros superiores de una empresa cordelera. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2014.
2. Duque I, Zuluaga D, Pinilla A. Prevalencia de Lumbalgia y factores de riesgo en enfermeros y auxiliares de la ciudad de Manizales, Colombia. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2011; 16(1): 27-38. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(1\)](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(1)).
3. Peinador R. Manipulación manual de cargas y trabajo de enfermería. Revista científica y de divulgación [Internet]. 2005. (3). Disponible en: http://www.ec.isics.es/servlet?Pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo.EE/plantilla_articulo_EE.
4. Valecillo M, Quevedo A, Lubo A, Dos Santos A, Montiel M, Carnejo M. Síntomas músculo-esqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2009; 17 (2): 85-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1315-0138>.
5. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Prevención de los Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. Magazine, Revista de la Agencia Europea para la Salud en el Trabajo [Internet]. 2000; 3: 1 - 41. Disponible en: <http://osha.europea.eu/es/tools-and-publications/publications/magazine/3>
6. Luttman A, Jäger M, Griefahn B, Caffier G, Liebers F, Steinberg

- U. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo. Serie protección de la salud de los trabajadores N° 5: Ginebra: OMS, 2004
7. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Memoria Estadística (2015). Recuperado el 27 de diciembre 2017. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015>
 8. Balderas López M. Morbilidad asociada con las condiciones laborales en una empresa manufacturera de neumáticos mexicana [Tesis de Maestría]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017. Recuperado a partir de: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/2214/1/173128.pdf>
 9. Malca Sandoval S. Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en el cuello y las extremidades superiores de los fisioterapeutas en Cataluña [Tesis doctoral]. Universitat de Lleida; 2017. Recuperado a partir de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/420862/Tsm1de1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 10. Morata M, Ferrer V. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. MAPFRE MEDICINA [Internet]. 2004; 15(3): 199-211. Disponible en: <http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol15-n3-art5>
 11. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO de Asturias. Lesiones musculoesqueléticas de origen laboral. 2° ed. Salinas - Asturias: Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales; 2014.
 12. Ulzurrún Sagala MD, Garasa Jiménez A, Macaya Zandio MG, Eransus Izquierdo J. Trastornos músculo-esqueléticos de origen laboral. 1° ed. Navarra: Zubillaga. 2007.
 13. Gyi DE, Porter JM. Musculoskeletal problems and driving in police officers. *Occup. Med* [Internet]. 1998, 48(3): 153-160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9659724/>
 14. Rehn B, Nilsson T, Olofsson B, Lundstrom R, Whole-Body Vibration Exposure and Non-neutral Neck Postures During Occupational Use of All-terrain Vehicles. *Ann. Occup. Hyg* [Internet]. 2005, 49(3): 267-275. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15591073/>.
 15. Malchaire J, Piette A., Cock N. Associations between hand-wrist musculoskeletal and sensorineural complaints and biomechanical and vibration work constraints. *Ann. Occup. Hyg* [Internet]. 2001, 45(6): 479-491. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11513798/>
 16. Chen Y, Turner S, Hussey L, Agius R, A study of work – related musculoskeletal case report to the Health and Occupation Reporting Network (THOR) from 2002 to 2003. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 2005, 55(4): 268-274. doi: 10.1093/ocmed/kqi126. PMID: 15982975. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15982975/>.
 17. Serrano Gisbert MF, Gómez Conesa A. Alteraciones de la mano por traumas acumulativos en el trabajo. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* [Internet]. 2004, 7(1): 41-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-alteraciones-mano-por-traumas-acumulativos-13063603>
 18. National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease control and Prevention, Public Health Service. *Musculoskeletal Disorders and workplace factors*. Cincinnati: U.S. Department of Health and Human Services; 1977.
 19. López Acosta M, Ramírez Cárdenas E, Naranjo Flores AA, Velarde Cantú JM, Rodríguez Gámez IF, Chacara Montes A. Programa para la prevención de trastornos musculoesqueléticos. 1° ed. Ciudad de México: CONACYT Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas, 2020. Disponible en: https://www.itson.mx/publicaciones/Documents/ingytec/Programa%20para%201a%20prevención%20de%20trastornos%20musculoesqueléticos_FINAL_compressed.pdf
 20. Comisión de Salud Pública, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos/as a riesgos derivados de la manipulación manual de cargas. 1° ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/cargas.pdf>
 21. Métodos de evaluación de riesgos para tareas repetidas de miembro superior: OCRA, Ergo/IBV, Strain Index.
 22. Comisión de Salud Pública, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a movimientos repetidos de miembro superior. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/movimientos.pdf>
 23. Taylor M, Pietrobon R, Menezes A, Olson SA, Pan D, Bathia N, DeVellis RF, Kume P, Higgins LD. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Short Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire: The SMFA-BR. *JBJS Rev*. 2005. 87(4): 788-794. 🌐

Citar como: Rodríguez Díaz AR, Balcázar Rincón LE, Ramírez Alcántara YL. Impacto en el estado funcional en trabajadores con trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores que acuden al servicio de SPPTIMSS. *AMU*. 2024;2(3):121-127. Doi: [10.31644/AMU.V02.N03.2024.A14](https://doi.org/10.31644/AMU.V02.N03.2024.A14)

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN DE EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, CHIAPAS 2023

Aguilar Constantino, Blanca Margarita^{1*}; Cortes Ramírez, Liliana Janeth¹

1 Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al área de Puerperio, Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Autor de correspondencia: blanmar81@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo de investigación planteó el objetivo de investigación, describir la experiencia de enfermería: Atención de embarazadas con diabetes gestacional en un hospital de segundo nivel, Chiapas 2023.

Materiales y métodos: Se planteó mediante un paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, prospectivo y transversal; con un nivel de investigación descriptiva, enfocada a una población de gestantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, a su vez se diseñó un instrumento de recolección de datos (encuesta) que constó de 9 secciones con un total de 19 preguntas dicotómicas, cerradas.

Resultados: De los diferentes factores evaluados en el estudio, aplicando una estadística descriptiva básica; de la población de estudio el 60% tienen edad de 20 a 35 años, el 46% ostenta la primaria, estando el 67% casada, el 93% es ama de casa, mencionan el 60% llevar su control completo de embarazo, el 47% refiere hipertensión arterial, tratadas el 100% con Metformina, solo 3% refiere una dieta balanceada, como principal antecedente heredo familiar se refiere a la madre, así como 47% ganaron excesivamente un peso en el embarazo.

Conclusiones: Se tuvo un total de 15 pacientes dentro del estudio, de los cuales se obtuvieron la descripción de los Factores demográficos, obstétricos, médicos, farmacológicos, de conocimiento, nutricional, heredofamiliares, genéticos y metabólicos; por lo que se concluye que las pacientes embarazadas con diabetes mellitus gestacional, son un reflejo de malos estilos de vida, la nula programación de sus embarazos y una inmadurez ante la maternidad.

Palabras clave: Diabetes gestacional, Experiencia en enfermería, Atención de embarazadas.

NURSING EXPERIENCE: CARE OF PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES IN A SECOND LEVEL HOSPITAL, CHIAPAS 2023

Aguilar Constantino, Blanca Margarita^{1}; Cortes Ramírez, Liliana Janeth¹*

¹ Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica adscrita al área de Puerperio, Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

* Corresponding author: blanmar81@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The present research work raised the research objective, to describe the nursing experience: Care of pregnant women with gestational diabetes in a second level hospital, Chiapas 2023.

Materials and methods: It was proposed through a positivist paradigm, with a quantitative, prospective and transversal approach; with a level of descriptive research, focused on a population of pregnant women with a diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus, in turn, a data collection instrument (survey) was designed that consisted of 9 sections with a total of 19 dichotomous, closed questions.

Results: Of the different factors evaluated in the study, applying basic descriptive statistics; Of the study population, 60% are between the ages of 20 and 35, 46% have primary education, 67% are married, 93% are housewives, 60% mention taking their complete pregnancy control, 47 % refers to arterial hypertension, 100% treated with Metformin, only 3% refers to a balanced diet, as the main inherited family history refers to the mother, as well as 47% gained excessive weight during pregnancy.

Conclusions: A total of 15 patients were included in the study, from which the description of demographic, obstetric, medical, pharmacological, knowledge, nutritional, hereditary, genetic, and metabolic factors was obtained; Therefore, it is concluded that pregnant patients with gestational diabetes mellitus are a reflection of bad lifestyles, the null programming of their pregnancies and immaturity in the face of motherhood.

Keywords: Gestational Diabetes, nursing experience, pregnant care.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional (DG) es la complicación médica más común en el embarazo; su prevalencia en todo el mundo varía del 1% al 14% y se ve incrementada o disminuida dependiendo de la prevalencia de obesidad y DM2 de la población de análisis. En el país, es considerada la cuarta causa de mortalidad materna, llegando a complicar del 8 al 12% del total de los embarazos ¹⁻⁴.

En México, la prevalencia de diabetes gestacional (DG) se reporta entre el 8.7 a 17.7 %. El 47% de las mujeres latinas con antecedente de DG desarrollan DM2 a los cinco años de seguimiento y en general tienen un riesgo siete veces mayor de desarrollar DM2 ⁵. La mujer mexicana está en mayor posibilidad de desarrollar DG por cuanto pertenece a un grupo étnico de alto riesgo ^{5,6}. La diabetes mellitus gestacional complica del 8 al 12% de los embarazos. Esta cifra sigue en aumento y este problema se asocia con resultados maternos y neonatales adversos ⁷. Según la Secretaría de Salud, el 60% de mujeres con DG se embarazan sin haberlo planeado, lo que es alarmante igualmente a las posibles repercusiones materno-fetales. La variabilidad en el diagnóstico depende de la aplicación de criterios diagnósticos, ya que las guías clínicas publicadas hasta ahora no establecen un consenso universal⁸.

Enfermería debe brindar información clara y precisa con el objetivo de mejorar los conocimientos y habilidades de la paciente, capacitándola para asumir el control e integrar el autocontrol en su vida cotidiana. Si la paciente no está familiarizada con las técnicas de autocontrol e insulino terapia intensiva es aconsejable su hospitalización durante unos pocos días para realizar la educación ^{8,9}. La educación terapéutica debe incluir a la persona con diabetes y a su familia, motivándolos para propiciar estilos de vida saludables en su grupo social y familiar, con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de nuevos casos de diabetes¹⁰⁻¹¹, por ello:

- La paciente necesita conocer el método de tratamiento.

- Identificar la insulina prescrita, datos sobre la duración eficaz, acción pico.
- Saber si exige refrigeración o lugar oscuro y seco.
- Con respecto a la administración y cuidados de insulina.
- Conocer la jeringa y frasco de insulina.
- Administración de insulina con jeringa y aguja.
- Carga de insulina para su aplicación.
- Saber las zonas de aplicación de insulina y formas de rotación ^{8,11}.

Cabe destacar, que el automonitoreo de la glucosa es recomendado para todas las mujeres embarazadas con diabetes de 3 a 4 veces al día^{5,11}:

- Ayuno: una diaria, con un periodo de ayuno mínimo de 8 hrs.
- Postprandial (1-2 horas): 2-3 veces al día en diferentes horarios.

Por lo anterior, se destaca la participación del personal de enfermería en el cuidado y en la promoción de la salud, ya que representa un papel importante en la asistencia y en el asesoramiento de la mujer embarazada con diabetes gestacional en el transcurso de la internación, el cual se debe centrar en todo momento en los ejes de: controlar, educar y concientizar. Esto no solo durante el tratamiento en la institución sino con una perspectiva duradera una vez dada el alta hospitalaria ^{12,13}. Por consiguiente, la paciente logrará de manera significativa mejorar sus conocimientos y habilidades, para asumir el autocontrol e integrar el autocuidado en su vida cotidiana, previniendo de igual manera el riesgo de desarrollar DMG en futuros embarazos. Cabe mencionar, que en la actualidad se dispone de evidencia suficiente sobre el valor de la educación en pacientes con diagnóstico de diabetes en el embarazo para lograr la adhesión al tratamiento y disminuir el requerimiento de insulina, mejorando los resultados materno-fetales ⁸.

De las teóricas en enfermería se puede destacar la Teoría General del Déficit de Autocuidado¹⁴, fue elaborada por Dorothea E. Orem, en la cual aborda una amplia gama de cuidados específicos para cada usuario y/o población en donde hace mención a los programas educativos, esta gran teoría a su vez está conformada por tres sub-teorías, la teoría del autocuidado, la teoría del déficit y la teoría de sistemas^{15,16}: ella define el autocuidado como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando^{16,17}, por lo tanto en ella describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la sub-teoría del Déficit de Autocuidado, describe y explica como la enfermera puede ayudar a las personas; la sub-teoría de los Sistemas de Enfermería describe y explica las relaciones que hay mantener para que se produzca el cuidado enfermero, para ello plantea tres sistemas: apoyo educativo (dejar hacer al otro), parcialmente compensatorio (hacer con el otro) y totalmente compensatorio (hacer por el otro)¹⁸.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio está basado en la investigación descriptiva, la cual es una investigación de segundo nivel, inicial, cuyo objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales. La investigación descriptiva, comprende la colección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas concernientes a la situación corriente de los sujetos del estudio.

Se eligió el nivel de investigación descriptiva, debido a que fortalece la toma de decisiones basados en el análisis estadístico de los datos, se lleva a cabo en un entorno natural (en el ambiente del encuestado) y, es rápida de ejecutar y económica. Además, los beneficios con los que cuenta este nivel de investigación son los siguientes: describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando

información sistemática y comparable con la de otras fuentes¹⁹.

La población estuvo constituida por 15 gestantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, las cuales estuvieron hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", las encuestas se realizaron con un periodo consistente de diciembre 2021 a febrero 2022. Los puntos encuestados fueron los siguientes: factor demográfico, factor obstétrico, factor médico, tratamiento farmacológico, factor de conocimiento, factor nutricional, antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus, factores genéticos y metabólicos.

Para la presente investigación, como técnica de recolección de datos se llevaron a cabo encuestas.

Después de haber realizado las encuestas y la recolección de los datos, se llevó a cabo la evaluación y ordenación de cada uno de los puntos tomados al usuario final en cada pregunta, se realizó procesamiento de los datos mediante el programa hoja de cálculo Excel, las cuales nos dieron los porcentajes y gráficas.

RESULTADOS

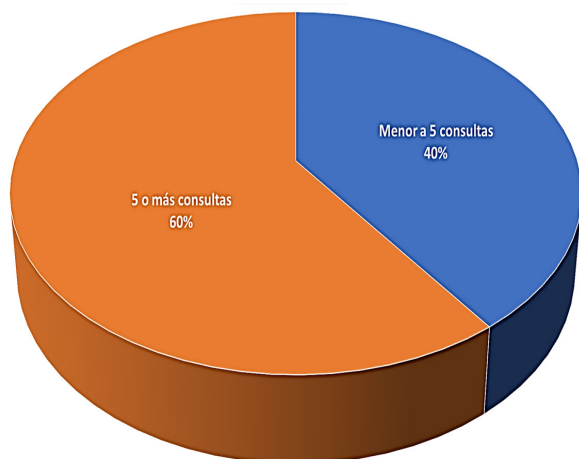
Después de haber realizado la aplicación del instrumento de recolección de datos, determinamos los factores demográficos asociados a Diabetes Mellitus Gestacional, en lo que respecta a la edad de la madre el 60% (9) se encuentran en el grupo etario de 20 a 35 años, mientras que el 40% (6) restante fueron mayores a 36 años; con respecto a la escolaridad 46% (7) concluyeron educación primaria y 27% (4) educación secundaria; por su parte, el estado civil de 67% (10) está casada y 33% (5) en unión libre; finalmente, la ocupación más observada fue ama de casa en 93% (14) de las pacientes.

Por su parte los factores obstétricos asociados a DG se encontró que 67% (10) de las pacientes presentaron menarca entre los 12 y 14 años, mientras 26% (4) la presentaron antes de los 12 años; con respecto al inicio de vida sexual activa, 60% (9) indicó edades de 17 a 19 años mientras que 33% (5).

Con respecto a los factores obstétricos, se

estableció la cantidad de consultas de control prenatal a la que asistieron las 15 pacientes encuestadas, agrupándose en 2, aquellas con 5 o más consultas y aquellas con 5 o menos, en este rubro se observó que 60% (9) acudió a más de 5 consultas prenatales, tal como se observa en la *Figura 1*.

Figura 1. Asistencia a consulta prenatal.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del servicio de gineco-obstetricia de Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

También se analizaron los antecedentes de embarazo previo y su resolución, encontrándose un total de 28 embarazos previos, de los cuales 47% (13) fueron partos, 32% (9) cesáreas y 21% (6) abortos espontáneos. En referencia al periodo intergenésico se observó que 67% (10), presentaron un periodo mayor a 3 años, mientras que 13% (2), presentaron un periodo de 1 a 2 años, observándose además que periodos intergenésicos cortos presentan complicaciones significativas que involucran la salud de la madre y el niño.

En relación con los factores médicos de embarazos previos se reportó que 47% (7) presentó hipertensión arterial y 40% (6) antecedentes de DG. Así mismo, dentro de los factores heredofamiliares, 40% (6) mencionaron antecedentes maternos de diabetes y 13% (2) mencionó que en el embarazo previo su recién nacido presentó macrosomía fetal.

El tratamiento farmacológico establecido tras la asistencia a control prenatal se basó en uso de hipoglucemiantes orales e insulina, con respecto a los hipoglucemiantes orales, el 100% (15) uso

metformina, mientras que con respecto a la insulina, la mayoría de pacientes (73%) utilizó insulinas NPH y Cristalina, el 27% (4) restante utilizaron únicamente insulina NPH, CON EL 73% de las pacientes.

Con respecto al factor de conocimientos asociados a DG, se analizaron el conocimiento sobre la patología, sobre el tratamiento con insulina y la relación de la alimentación con el control glucémico, los resultados obtenidos se observan en la *Tabla 1*.

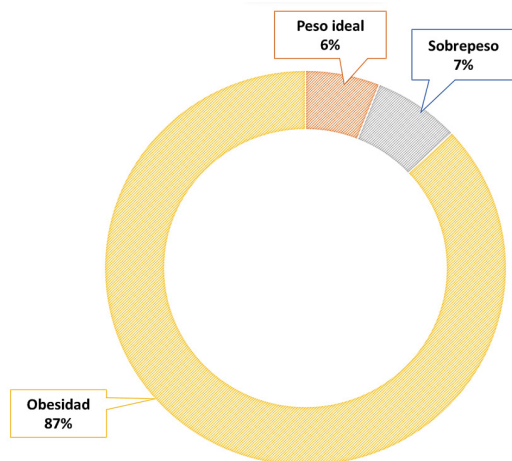
Tabla 1. Factores de conocimiento asociados a Diabetes Gestacional

Variable	n	%
<i>Conocimiento sobre la diabetes</i>		
Sí	11	73
No	4	27
<i>Conocimiento sobre la insulina</i>		
Sí	2	13
No	13	87
<i>Conocimiento sobre alimentación balanceada</i>		
Sí	3	20
No	12	80

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del servicio de gineco-obstetricia de Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Es posible observar que, aunque el 73% de las pacientes dijeron tener conocimiento sobre la enfermedad, y esto resulta un punto inicial para considerar y conocer los efectos de esta patología, sin embargo, no tienen responsabilidad de manejar adecuadamente la enfermedad. Por otro lado, se observó que la mayoría de las pacientes (87%) mencionó no tener conocimiento relativo al tratamiento usado (insulina), lo que puede ser causante de una inadecuada aplicación y manejo del mismo. Finalmente, con respecto al conocimiento relativo a una alimentación balanceada, se observó que el 80% (12) de las pacientes no cuentan con información suficiente, lo que conduce a alimentación deficiente, agudización de la enfermedad secundaria a presencia de sobrepeso u obesidad y deterioro de la calidad de vida, tal como se observa en la *Figura 2*, en donde se evidencia el Índice de Masa Corporal presentado por las pacientes.

Figura 2. Índice de Masa Corporal.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del servicio de gineco-obstetricia de Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

Resulta evidente que la falta de conocimientos sobre el adecuado cuidado de la alimentación juega un papel importante en el peso de las pacientes, en las que 87% (13) presentaron algún grado de obesidad (I, II o III), mientras que solo una paciente presentó un peso adecuado.

Lo anterior, puede complementarse con lo observado con respecto a la ganancia de peso excesivo durante el embarazo y la presencia de antecedentes de diabetes gestacional en gestas previas, en el primer rubro, se observó que 7 (47%) pacientes obtuvieron ganancia de peso significativa durante su embarazo, lo que puede resultar en un factor de riesgo para el desarrollo de DG, así mismo 6 (40%) pacientes mencionaron tener antecedentes de haber padecido diabetes gestacional en embarazos previos (Tabla 2).

Tabla 2. Factores metabólicos asociados a Diabetes Gestacional

Variable	n	%
<i>Ganancia excesiva de peso durante el embarazo</i>		
Sí	7	47
No	8	53
<i>Antecedente de diabetes gestacional en embarazos previos</i>		
Sí	6	40
No	9	60

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a pacientes del servicio de gineco-obstetricia de Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (2022).

CONCLUSIONES

Después de revisar la estadísticas que resultaron de la aplicación de las encuestas, se puede observar que la mayoría de las pacientes requieren una atención específica de su padecimiento y un acompañamiento oportuno, por ello en esta relatoría de la experiencia de enfermería se hace hincapié en la elaboración de un plan de alta de enfermería exclusivo para pacientes diabéticas gestantes o aquellas que cursan con diabetes gestacional, sobre todo cuando el plan terapéutico farmacológico incluye el uso de insulinas, las cuales se clasifican como medicamentos de alto riesgo y cuyo uso indiscriminado pueden traer graves consecuencias a la salud de la gestante.

Además, es de gran importancia concientizar a las pacientes con respecto al automonitoreo de la glicemia, pues este permitirá orientar las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la salud de las pacientes embarazadas que son sujeto de la atención de enfermería o enfermeras obstetras.

Recomendamos de manera urgente incentivar la elaboración de un plan de alta diseñado y orientado por enfermeras, que permitan al paciente mejorar su salud durante el embarazo, parto y puerperio.

REFERENCIAS

- Serrano Berrones MÁ. Incidencia de diabetes gestacional en el Hospital Regional Adolfo López Mateos mediante la prueba de O'Sullivan. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2013;18. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx
- Alfadhli EM. Gestational diabetes mellitus. Saudi Med J [Internet]. 2015;36(4):399-406. Disponible en: www.snmj.org.sa
- Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#collapse7>
- Zambrano Vargas NY, López Castro BG. Prevalencia de la Diabetes Gestacional y las complicaciones materno fetales. [Milagro]: UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO; 2018.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo [Internet]. México: Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad; 2016. p. 68. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
- Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/ American Heart Association. Gac Med Mex [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 4];154:633-7. Disponible en: <https://www.anmm.com.mx>

- org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_633-637.pdf
7. Medina-Pérez E, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo A, Martínez-López M, Jiménez-Flores C, Serrano-Ortiz I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Med interna México* [Internet]. 2017;33(1):91-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es&nrm=iso&tling=es
 8. Gutiérrez Mendieta R, Aragón OV. Diabetes gestacional: tres ejes fundamentales del cuidado de enfermería. *Vis enferm actual* [Internet]. 2017;14(49):7-14. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2g7fs>
 9. Organización Mundial de la Salud. Intervenciones de autoasistencia para la salud [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/self-care#tab=tab_1
 10. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus [Internet]. Diario Oficial de la Federación, NOM-015-SSA2-2010 México; Nov 23, 2010. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010#gsc.tab=0
 11. Valle López MI, Cusacani Calisaya DC. Conocimiento y práctica sobre autocuidado en pacientes con diabetes gestacional atendidas en un hospital estatal de Lima, 2021. [Lima]: Universidad Interamericana para el Desarrollo; 2022.
 12. Vigil-De Gracia P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2017;85(6):380-90. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600380&lng=es&nrm=iso&tling=es
 13. Vázquez C, Montagna C, Garriga M, Alcaraz F, Martín E, Botella JI, et al. Dieta y ejercicio. *Endocrinol y Nutr*. 2008 Jan 1;55(2):3-12.
 14. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem Meta-paradigmatic models of Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019;23(6):814-25. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-814.pdf>
 15. Gudiel Torres C de G. Conocimiento académico de la teoría de Dorothea Orem y su aplicabilidad en la práctica de pre-grado en los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina del Cusco-2017 [Internet]. Escuela de Posgrado; 2021. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4722/Carmen_Tesis_maestro_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2014;36(6):837-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
 17. Torres Román CI. Calidad de vida relacionada al insomnio en personas Adultas [Internet]. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2021. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/5673/FE-M-2021-1348.pdf?isAllowed=y&sequence=1
 18. Marriner A RM. Modelos y teorías en Enfermería. 5°. Mosby, editor. Barcelona; 2003.
 19. Guevara Alban GP, Verdesoto Arguello AE, Castro Molina NE. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO* [Internet]. 2020 Jul 16;4(3):163-73. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860/1560>
 20. Hernández Mendoza SL, Duana Avila D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico las Ciencias Económico Adm del ICEA* [Internet]. 2020 Dec 5;9(17):51-3. Disponible en: <https://repositorio.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/icea/article/view/6019>
 21. Alarcón Chávez EJ, Lama Asinc VA, Ramírez Cervantes AE, Rodríguez Martrus JE. Pacientes con diabetes gestacional. *RECIMUNDO* [Internet]. 2020 Apr 22;4(1):483-98. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/813>
 22. Bauzá Tamayo G, Bauzá Tamayo D, Bauzá López JG, Vázquez Gutiérrez GL, De la Rosa Santana JD, García Díaz Y. Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional. *Acta Médica del Cent* [Internet]. 2022;16(1):79-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100079&lng=es&nrm=iso&tling=es
 23. Carvajal Andrade JF, Coello Muñoz AE, Trujillo Correa EW, Linares Rivera CH. Diabetes gestacional: incidencias, complicaciones y manejo a nivel mundial y en Ecuador. *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 Feb 1;3(1):815-31. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/393>

Citar como: Aguilar Constantino BM, Cortes Ramírez, LJ. Experiencia de enfermería: Atención de embarazadas con diabetes gestacional en un hospital de segundo nivel, Chiapas 2023. *AMU*. 2024;2(3):128-134. Doi: [10.31644/AMU.V02.N03.2024.A15](https://doi.org/10.31644/AMU.V02.N03.2024.A15)