



CARTAS CIENTÍFICAS

Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes del Módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar[☆]

Family violence prevalence in patients from the Gerontology Module of a Family Medicine clinic

El maltrato al adulto mayor (AM), es considerado a nivel mundial como un fenómeno de tipo social, muy poco reconocido y subestimado en todos los sentidos, y aunque no se establece con precisión sus causas, las escasas investigaciones muestran que existe un elevado porcentaje de maltrato sobre todo a nivel intrafamiliar¹. La prevalencia e incidencia no son fáciles de obtener debido a factores como: miedo a familiares y/o al cuidador, vergüenza, sentimiento de culpa, o bien demencia (como patología asociada). Su frecuencia real es desconocida, debido esencialmente a la no aceptación por parte del AM que la sufre. En México, se estima una prevalencia de entre 8,1 y 18,6%².

Debido a la necesidad de identificar la magnitud real del problema, el objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia y tipo de violencia intrafamiliar en un módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Para ello se realizó un estudio transversal descriptivo, con muestreo no probabilístico por conveniencia, no representativo, y aplicación de la encuesta EMPAM, sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores (EMPAM-DF), desarrollada en la Ciudad de México, y que se constituyó como la primera con representatividad en América Latina³. La encuesta contó con el apoyo financiero del Gobierno de la Ciudad de México y con el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, y consta de los siguientes apartados: i) datos de identificación; ii) datos personales, iii) características de la vivienda, iv) información laboral y de ingresos, v) factores de riesgo, vi) información de cuidadores, vii) negligencia institucional, viii) características y tipo de maltrato. De forma específica, la encuesta permite generar información sobre la prevalencia y tipos de maltrato hacia las personas adultas mayores, así como conocer los factores de riesgo asociados.

El trabajo se apega a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación, vigente en México. Se solicitó firma de consentimiento informado del paciente, el trabajo fue sometido a evaluación al Comité de la Dirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Para relacionar los diferentes tipos de maltrato con las variables sociodemográficas se aplicaron las pruebas de chi cuadrado de independencia y Kruskal-Wallis, debido al nivel nominal y ordinal de las variables de estudio. Se uti-

lizó el programa estadístico SPSS. Versión 18. Nivel de significación de 0,05.

Resultados

Se incluyeron 140 AM, el 66,4% correspondieron al sexo femenino. En la valoración física, el 83,5% de la población son autosuficientes, tanto física como financieramente. El 55% de la población total refirieron ser víctimas de al menos algún tipo de maltrato, el 46,8% de los hombres y el 60,2% de las mujeres, sin diferencia estadística significativa ($p=0,092$) (prueba chi cuadrado de independencia). Tampoco se presentaron diferencias estadísticas significativas para la edad ($p=0,423$) ($>0,05$) (clasificada en forma ordinal de tres grupos, prueba de Kruskal-Wallis), ni para escolaridad ($p=0,510$) ($>0,05$) (clasificada de forma ordinal con 5 grupos, prueba de Kruskal-Wallis). El 13,6% de los pacientes reportaron dos tipos diferentes de maltrato, destacándose la asociación entre psicológico y económico con 11 casos. El tipo de maltrato más común fue el económico con 31,4%, seguido del psicológico con 21,4%, y negligencia y abandono con 12,8%. Al relacionar las variables con los tipos de maltrato, solo se obtuvo relación con significación estadística entre la edad y el psicológico ($p=0,040$) ($<0,05$), y la escolaridad con el maltrato físico ($p=0,001$) ($<0,05$) (pruebas de chi cuadrado y Kruskal-Wallis respectivamente).

Discusión

Recientemente se han realizado en México estudios como el de Ruelas et al.⁴, quienes reportan una prevalencia de maltrato de 23% para las mujeres y 9% para los hombres, o como la encuesta EMPAM-DF-2006, que refiere que un 16,2% de la población total, sufrió algún tipo de maltrato intrafamiliar³. En este estudio obtuvimos una diferencia de casi 14% entre géneros, sin diferencia estadística significativa, contrario a la mayoría de los reportes^{2,3}, es probable que al aumentar el tamaño de muestra como la de dichos estudios, la diferencia existente alcance un valor de significación.

En Latinoamérica, en Colombia, Sepúlveda Carrillo et al.⁵, reportan 35,1% de maltrato psicológico, y 28% de abandono, aplicando un cuestionario propio. En Chile, Rubio Acuña et al.⁶, refieren un 29% de promedio de maltrato en los AM, en un metaanálisis de 13 estudios, aplicando diferentes instrumentos. A nivel internacional, Yon et al.¹, mencionan una prevalencia de 15,7%, en promedio, también en un metaanálisis con 52 estudios y diferentes instrumentos aplicados. En nuestro estudio, el 55% de la población refirió algún tipo de maltrato en el último año. Las diferencias presentadas en las prevalencias, podrían estar dadas por el tipo de población estudiada, su tamaño de muestra, el instrumento aplicado, el sitio de la entrevista y la persona que la realiza. Por la sensibilidad de la temática a tratar, estas dos últimas son fundamentales, si la persona no confía en el encuestador, es difícil que acepte el sufrir algún tipo de

[☆] Trabajo realizado en la Clínica de Medicina Familiar «Marina Nacional» del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE.

maltrato, ya sea por vergüenza o por miedo a represalias en contra de la familia. En cuanto a los tipos de maltrato, la encuesta EMPAM DF, refiere que el psicológico es el más frecuente con un 12,7%, seguido del económico con un 3,9%³, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, describe que el maltrato económico predomina en la población mundial en un 9,2% de los casos, seguido del psicológico con 6,3%⁷. Los resultados de este estudio concuerdan con los reportes de la Organización Mundial de la Salud, aunque la prevalencia reportada en este escrito es superior a la referida en otros estudios. Debido a su alta prevalencia, el médico general y de familia debe de brindar la confianza al AM para poder detectar estos casos, ya que se tiene que tratar al paciente de forma integral. Es importante aplicar este tipo de encuestas, ya que el maltrato en la mayoría de los casos pasa desapercibido a los ojos de terceras personas.

Bibliografía

- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e147-56.
 - Giraldo RL. Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: resultados para la generación de políticas públicas. ENDIREH 2011 y Estadísticas Vitales sobre Mortalidad (1990-2010). (Internet). 2011. [consultado 25 Ene 2017.] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/FS.VIOLENCIA.MALTRATO.pdf>
 - Giraldo Rodríguez ML. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). 2006. [consultado 25 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis.EMPAMDF.pdf>
 - Ruelas G, Salgado N. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Rev Chil Salud Pública*. 2009;13:90-9.
 - Sepúlveda-Carillo G, Arias-Portela JV, Cuervo-Rojas AM, Gutiérrez-Gómez ST, Olivos-Alvarez SA, Rincón-Hernández MA, et al. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la Comisaría Primaria de Familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. *Rev Col Enf*. 2009;4:39-45.
 - Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*. 2012;23:169-71.
 - Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores, Nota descriptiva Septiembre 2016. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Montserrat López Nieto ^a, Margarita Arenas Cedillo ^b
y Alberto González Pedraza Avilés ^{c,*}
- ^a Medicina Familiar, CMF «Marina Nacional», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Tacuba, Ciudad de México, México
- ^b CMF «Marina Nacional», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Tacuba, Ciudad de México, México
- ^c División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albemari@unam.mx
(A. González Pedraza Avilés).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.007>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fascitis necrosante en paciente anciano oncológico



Necrotising fasciitis in an elderly oncologic patient

Introducción

La fascitis necrosante (FN) es una infección de partes blandas caracterizada por necrosis rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo, fascia y músculo¹⁻⁴. Frecuentemente afecta a extremidades, periné y genitales^{5,6}. Su prevalencia se estima en 0,4 casos por 100.000 habitantes¹, aunque su incidencia parece haber aumentado recientemente^{2,5}. La edad avanzada, diabetes, desnutrición, insuficiencia renal, úlceras por decúbito y cirugía son factores predisponentes¹⁻⁴. Requiere tratamiento antibiótico y quirúrgico urgente con fasciotomía y seguimiento en unidad de críticos¹⁻⁷. Se han registrado altas tasas de mortalidad (hasta el 70%)².

Caso clínico

Mujer de 71 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que ingresó por colecistitis aguda. Diagnosticada de hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso, fibrilación auricular, bocio multinodular con hipertiroidismo y adenocarcinoma de endometrio de tipo endometrioide estadio IIIA (tratado quirúrgicamente, con radioterapia, quimioterapia y posterior omentectomía y colostomía terminal paraumbilical de rescate). Seguía tratamiento con atenolol, enoxaparina y tiamazol. Recientemente, ante progresión tumoral, había comenzado segunda línea de quimioterapia paliativa.

A su llegada a urgencias, la paciente presentaba ictericia, febrícula y dolor abdominal. Ingresa en oncología médica con tratamiento conservador pero, ante evolución desfavorable y hallazgo ecográfico de obstrucción en conductos cístico y colédoco se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), objetivándose estenosis de colédoco sugestiva de malignidad, por la que se coloca prótesis biliar metálica. Durante la hospitalización presentó pancreatitis aguda, sangrado vaginal persistente (requiriendo soporte transfusional y embolización de arterias hipogástricas), neumonía y, tras un mes de ingreso, dolor en miembro inferior derecho (MID), fundamentalmente en rodilla, resistente a analgesia intravenosa habitual. Dada la evolución tórpida de la paciente, el mal control del dolor y su desfavorable pronóstico a corto plazo por progresión de enfermedad tumoral en una nueva prueba de imagen realizada durante su ingreso se solicitó valoración por equipo de soporte de la unidad de cuidados paliativos (UCP).

En la primera valoración por el equipo de soporte se observó eritema, aumento de temperatura y crepitación en rodilla derecha y región lateral externa del muslo, con pulsos periféricos presentes y ausencia de signos sugestivos de trombosis. Ante la sospecha de FN se solicitó una radiografía, visualizándose gas en la musculatura de hemipelvis, muslo y pierna (figs. 1 y 2). Analítica de sangre con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda (fibrinógeno 1.000 mg/dl, proteína C reactiva 29,43 mg/dl). Aislamiento en hemocultivos de *E. faecalis* y *E. coli*, agente etiológico poco habitual para la FN, pero del que hay descritos casos⁸.

Dada la gravedad de la complicación aguda intercurrente y la situación de enfermedad oncológica avanzada, el caso se debatió en sesión multidisciplinar. La paciente estaba informada del mal pronóstico, pero presentaba nula conciencia de terminalidad