

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2022
RECOPIADO 2021

Libro de Artículos Científicos en Salud : edición 2022 / Mónica Cristina Auchter ...
[et al.] ; compilación de Mónica Cristina Auchter. - 1a ed revisada. - Corrientes :
Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina, 2022.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3619-76-2

1. Medicina. I. Auchter, Mónica Cristina, comp.
CDD 610.72



Editorial

Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste
Diseño del Libro: Mónica Auchter.
Impreso en Argentina. Abril 2022
Hecho el depósito que establece la ley 11.723
Contacto: secretariacyt@med.unne.edu.ar

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste - UNNE

Sede Centro:

Mariano Moreno 1240 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 442 2290 / 442 3155

Sede Campus Sargento Cabral:

Sargento Cabral 2001 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 443 9624 int. 34 - +54 379 442 5508

Web: <http://www.med.unne.edu.ar>

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

LAS LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA

La definición de prioridades de investigación es el punto de partida para establecer políticas y programas capaces de orientar el trabajo de la institución y de los profesionales dedicados al desarrollo científico en el campo de la salud. Identificar prioridades investigativas requiere de una labor conjunta entre los actores involucrados, establecer una agenda de investigación, y proponer la metodología del proceso y la posterior consolidación de las líneas elegidas. También exige la revisión de las propuestas para consolidarlas, ordenarlas y reducirlas en base al criterio de los expertos.

Establecer estas prioridades se asienta en el análisis de los determinantes sociales y ambientales de la salud que articulan el desarrollo de la investigación, la transferencia de tecnología y la innovación en salud. Con ello se fortalece el sistema investigativo decidiendo cómo utilizar los recursos existentes y las capacidades, cómo aplicar el conocimiento en función la importancia de los problemas de salud y dónde centrar los esfuerzos.

La Facultad de Medicina, a través de encuentros entre actores estratégicos, socializó el análisis del contexto de su Plan Estratégico Institucional, lo que permitió identificar líneas de investigación mediante un trabajo grupal y ponderarlas en base a tres criterios: la magnitud o relevancia del tema para ameritar la realización de investigaciones destinados a resolver brechas en el conocimiento y la toma de decisiones; la factibilidad o posibilidad de facilitar la respuesta para la ejecución de la investigación; y la eficacia o utilización de los resultados para la elaboración de reglamentos, normas, políticas, estrategias y/o convenios, con un impacto sobre la protección de la salud de las personas y la preservación del medio ambiente.

En una serie de reuniones, la Institución identificó y priorizó ocho líneas de investigación que se describen a continuación:

1º Alimentación y nutrición

2º Servicios de salud

3º Atención integral de los procesos de salud-enfermedad

4º Desarrollo del recurso humano en salud

5º Rehabilitación y discapacidad

6º Problemáticas en salud mental y psiquiatría

7º Salud ambiental

8º Tecnologías moleculares y celulares de aplicación a la salud humana

Estas líneas de investigación se han constituido en enfoques para englobar procesos, procedimientos, perspectivas de análisis, prácticas y saberes transversales a los proyectos, desde una mirada intra e interdisciplinar con el objetivo de generar corrientes de pensamiento. Sus avances y definiciones permitirán enriquecer la producción y la divulgación de conocimientos situados y pertinentes a las necesidades del propio campo de trabajo e investigación, en el marco de un fuerte compromiso institucional sistemático y dinámico.

Surgidas de la problemática local para poder dar respuesta a ella, intentan contribuir al bienestar de la sociedad atendiendo núcleos problemáticos que fortalezcan el sistema investigativo de la Facultad de Medicina.

Dra. Mónica Cristina Auchter

COMITÉ EVALUADOR

Lila Almirón
Monica Auchter
Jorge Cialzetta
Lorena Dos Santos
Rosana Gerometta
Fernando Gomez
Arturo Gorodner
Isabel Hartman
Laura Leyes
Stella Macín
Angelica Meza
Mirta Mierez
Daniel Morales
Mabel Rivero
María Teresa Rocha
Patricia Said Rucker
Elva María Sendra
Roxana Servin
Tania Stoyanoff
Juan Santiago Todaro
Carla Zimmermann

AUTORIDADES**Decano**

Prof. Gerardo Omar Larroza

Vice Decano

Prof. Daniel Scheikman

Secretario Académico

Prof. Juan José Di Bernardo

Secretaria de Ciencia y Tecnología

Prof. Mónica Cristina Auchter

Secretaria de Posgrado

Prof. María Amalia Blúgerman de Slobayen

Secretaria de Extensión Universitaria

Med. Diana Inés Cabral

Secretario de Relaciones Institucionales

Prof. Jorge Ramón Lojo

Secretaria Administrativa

Sra. Cordelia Auchter de Santillán

Carrera de Licenciatura en Enfermería

Director: Prof. Fernando Gómez

Secretario Académica: Prof. Lic. Oscar Medina

Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Directora Prof. Laura Elizabeth Leyes

Secretaria Académica: Prof. Lic. María Marcela Barrios

RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

Teresita Gabriela Sosa Cabral, Maité Guadalupe Medeot Rech,
Roberto Luciano Brand, Silvia Beatriz Gorban de Lapertosa.
Lugar de trabajo: Hospital Maternoneonatal "Eloisa Torrent de Vidal".
Correo electrónico de contacto: teree.sosa@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus es un problema sanitario que ha ido aumentando en la actualidad, siendo la familia un pilar fundamental en el seguimiento y la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes. La mujer con diabetes gestacional no escapa a esta situación por lo tanto buscamos abordar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia. **Objetivos:** Establecer la relación entre los niveles de percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en mujeres con diabetes gestacional. **Materiales y Métodos:** Nuestra muestra se constituyó de 106 mujeres embarazada con diagnóstico de diabetes gestacional, a las cuales se le realizaron los controles obstétricos-metabólicos a través del Carnet de Control Perinatal, ficha de historia clínica de diabetes, formulario QualiDiabGest y formulario Apgar familiar. **Resultados:** En un rango etario de 17-43 años hallamos que el 58,5% (n=62) es ≥ 30 años, el 43,4% (n=46) representa un Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 , un 65,5% (n=69) tienen antecedentes de diabetes en un familiar directo y finalmente se observó que un 38,7% (n=41) no cumplían con la adherencia al tratamiento, dentro de dicho porcentaje, destacamos un 16,6% (n=7) presento algún nivel de disfunción familiar. **Conclusión:** La disfunción familiar estuvo presente en un 24.8% de las mujeres con diabetes gestacional y la falta de adherencia al tratamiento se observó en un 38,7% de las mismas. La asociación entre estas 2 variables fue no significativa posiblemente por el numero bajo de participantes que se vio afectado por la pandemia.

Palabras clave: Diabetes Gestacional. Funcionalidad Familiar. Adherencia Terapéutica.

SUMMARY

Introduction: Diabetes mellitus is a health problem that has been increasing today, with the family being a fundamental pillar in the follow-up and adherence to treatment of people with diabetes. The woman with gestational diabetes does not escape this situation, therefore we seek to address the relationship between family functionality and adherence. **Objectives:** To establish the relationship between levels of perception of family functionality and adherence to treatment in women with gestational diabetes. **Materials and Methods:** Our sample consisted of 106 pregnant women with a diagnosis of gestational diabetes, who underwent obstetric-metabolic controls through the Perinatal Control Card, diabetes medical history file, QualiDiabGest form and family Apgar form. **Results:** In an age range of 17-43 years we found that 58.49% (n = 62) are ≥ 30 years, 43.39% (n = 46) represent a Body Mass Index (BMI) ≥ 30 , 65.5% (n = 69) have a history of diabetes in a direct relative and finally it was observed that 38.7% (n = 41) did not comply with adherence to treatment, within this percentage, we highlight 16, 63% (n = 7) presented some level of family dysfunction. **Conclusion:** Family dysfunction was present in 24.8% of women with gestational diabetes and lack of adherence to treatment was observed in 38.7% of them. The association between these 2 variables was not significant, possibly due to the low number of participants who were affected by the pandemic.

Keywords: Gestational diabetes. Family Functionality. Therapeutic adherence

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional (DG) se define como una intolerancia a la glucosa manifestada durante el embarazo, según criterios establecidos por la SAD/ALAD¹. Las mujeres con diabetes gestacional, al igual que sus recién nacidos, pueden tener ciertas complicaciones en el embarazo y el parto, además aumentan la posibilidad de desarrollar obesidad y diabetes de tipo II en la descendencia. La diabetes mellitus no diagnosticada o mal controlada conduce a complicaciones como así también a la mortalidad prematura^{2,3}. El aumento mundial de la prevalencia de Diabetes Mellitus, en Argentina representa un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud, es considerada como una enfermedad que recae y concierne en la familia, ya que los cambios conductuales que demanda el tratamiento una vez realizado el diagnóstico, exigen un importante apoyo del grupo familiar para su consiguiente cumplimiento^{4,5}. Consideramos que la adherencia al tratamiento en personas con diabetes gestacional también está influenciada por la funcionalidad familiar y su percepción. La funcionalidad familiar se define como un estado de homeostasis familiar en el que la interacción de los miem-

bros da como resultado la nutrición emocional y física, promoviendo así el crecimiento de la familia. Decidimos utilizar como instrumento para medir dicha funcionalidad el formulario de Apgar familiar⁶. La adherencia al tratamiento se define como el grado de compromiso que presenta un paciente al cumplimiento de las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, como la concurrencia a los controles, automonitoreo glucémico, plan alimentario y la terapéutica farmacológica⁷.

OBJETIVOS

General: Establecer la relación entre los niveles de percepción de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en mujeres con diabetes gestacional.

Específicos: Clasificar el nivel de funcionalidad familiar en las familias de la mujer con diagnóstico de Diabetes Gestacional.

Identificar el cumplimiento con las citas a los controles médicos, la realización del plan alimentario, el automonitoreo glucémico y la aplicación de insulina.

Relacionar el nivel de funcionalidad familiar con las características sociodemográficas, clínicas y metabólicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio de tipo observacional de corte transversal con muestreo por oportunidad.

Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Diagnóstico de patología en la madre o en el feto capaz de provocar una interrupción del embarazo. Presencia de trastornos mentales. Diabetes pregestacional.

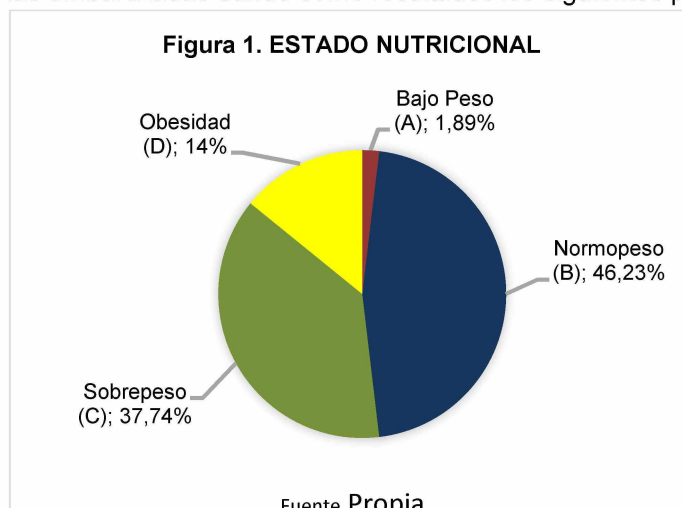
Técnicas: Se realizó la recolección de datos en mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional que concurren al consultorio de alto riesgo por control obstétrico-metabólico entre septiembre del 2020 y agosto del año 2021. Nuestra población se integró con 121 pacientes se excluyeron 15 pacientes por diagnóstico de diabetes pregestacional. El N estudiado fue de 106 pacientes. Se solicitó el Carnet de Control Perinatal, donde recabamos los antecedentes familiares, personales y obstétricos, edad, peso y talla. Además, se utilizaron las fichas de Historias Clínicas para ver el seguimiento de cada paciente, la cantidad de consultas asistidas, las ausentes, su monitoreo glucémico y las modificaciones en el tratamiento farmacológico y nutricional. Se considera adherencia al tratamiento a quienes concurren a la totalidad de los controles, mostraron y realizaron el automonitoreo glucémico y el plan alimentario prescripto. En segunda instancia se utilizó el Formulario QualiDiab Gest, donde específicamente utilizamos edad gestacional y peso tanto al inicio del embarazo como en el momento de ingreso al estudio. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) en ambos casos y se percentilo de acuerdo a la tabla de percentilo de IMC y semana gestacional en bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad. Luego se utilizó el formulario de APGAR familiar, el cual consta de cinco preguntas para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar, por cada pregunta se debe seleccionar solo una opción y cada opción presenta un valor numérico. (Nunca = 0, casi nunca = 1, Algunas veces = 2, Casi siempre = 3, Siempre = 4) obteniendo la sumatoria de las cinco consignas se ponderó un puntaje que nos indicó el nivel de disfunción familiar.

Análisis estadístico: Las variables cualitativas serán descritas mediante proporciones. Las variables cuantitativas como IMC de inicio del embarazo e ingreso al estudio y semana gestacional se expresaron como medias \pm desvío estándar. La correlación con las variables cualitativas se realizó a través del coeficiente de correlación de Pearson y el Riesgo relativo.

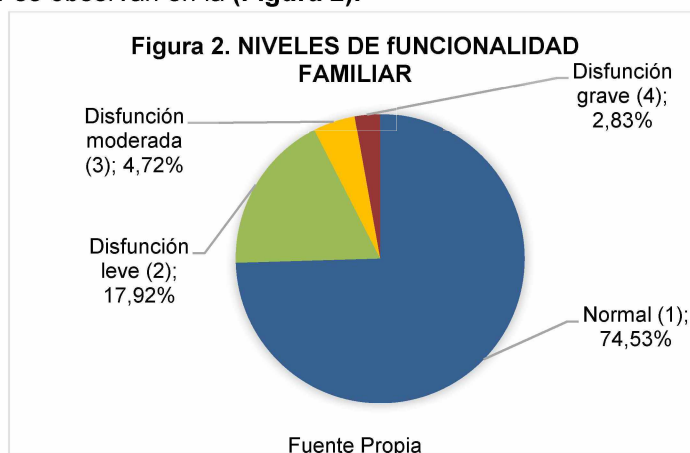
Consideraciones Éticas: se le explicó en qué consistía el estudio a cada paciente, las que estuvieron de acuerdo firmaron y aclararon en el consentimiento informado aprobado por resolución 14/20. del comité de Bioética de la Facultad de Medicina, donde se expresa al paciente que se preservará su identidad, manteniendo el anonimato y la información solo estará disponible para ser evaluada por los participantes de la investigación. Además, se cumplieron las normativas de Docencia e Investigación de la Maternidad con un acuerdo de confidencialidad.

RESULTADOS

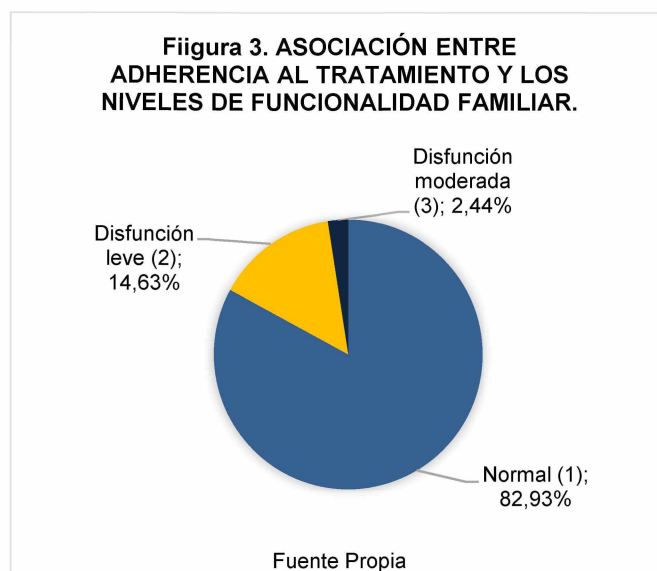
Se realizó el control del carnet perinatal a 106 embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional. Pudimos contemplar que la media de la edad es 31 ± 12 años, además el 58,49% ($n=62$) es ≥ 30 años. Se extrajo la semana gestacional al ingreso del estudio, arrojó una media de 26 ± 6 semanas. El cuestionario QualiDiabGest nos facilitó los datos de talla, peso al inicio del embarazo y peso al ingreso del estudio. Con estas variables conseguimos calcular el IMC al inicio del embarazo dando como media 29 ± 6 kg/m². Luego el IMC al ingreso del estudio nos informó una media de 32 ± 6 kg/m². El hallazgo del IMC y la semana gestacional en el ingreso al estudio nos ayudó a clasificar el estado nutricional de las embarazadas dando como resultados los siguientes porcentajes (**Figura 1**).



Antecedentes personales y familiares: Diabetes gestacional previa: presentaban 13,2% ($n=14$) aunque un 6,6% ($n=7$) ignora esta información. **Prematuridad:** el 10,4% ($n=11$) presento y el 5,7% ($n=6$) ignoran esta información. **Preclamsia:** el 4,7% ($n=5$) tuvieron preclamsia y un 7,5% ($n=8$) ignoran haberla tenido. **Antecedentes de familiar directo con diabetes:** un 65,5% ($n=69$) indicaron que, si tienen familiares con diabetes, pero un 9,4% ($n=10$) no saben con exactitud por lo tanto ignoran esta información. **Antecedente de Macrosomía:** El 15,1% ($n=16$) si presentó. **Hipertensión inducida por el embarazo:** un 4,7% ($n=5$) pudo confirmar que la tuvo, pero el 7,5% ($n=8$) desconocen. **Eclampsia:** el 1,9% ($n=2$) si tuvo eclampsia y el 9,4% ($n=10$) ignora. Los resultados acerca de la funcionalidad familiar se observan en la (**Figura 2**).



Adherencia: Se recabaron datos de las fichas de historias clínicas de cada paciente y constatamos la presencia y ausencia en las consultas, el 30,2% ($n=32$) no asistió a las consultas solicitadas. En cuanto a los tratamientos no farmacológicos como dieta y automonitoreo de los niveles de glucemia podemos decir que el 6,6% ($n=7$) no cumple con el automonitoreo, y similar a ello sucede con la dieta, el 9,4% ($n=10$) no cumple con la misma. En total un 38,7% ($n=41$) no cumplen con la adherencia al tratamiento. En cuanto al 38,7% ($n=41$) que no cumplen con la adherencia, tenemos un 14,3% ($n=6$) que presentan disfunción leve y un 2,43% ($n=1$) con disfunción moderada. (**Figura 3**)



Riesgo relativo: Se obtuvo un $RR = 2$, esto nos da una asociación positiva, entre la presencia de disfunción familiar y una mayor ocurrencia de la disminución de la adherencia al tratamiento. **Coefficiente de correlación de Pearson:** Se realizó la correlación de Coeficiente de Pearson dando correlación positiva a la funcionalidad familiar con el antecedente de Prematuridad y preeclampsia, no siendo estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye el primer trabajo investigativo sobre la asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar en las mujeres con diabetes gestacional y su adherencia al tratamiento de dicho diagnóstico. Las pacientes concurren al consultorio de alto riesgo en el Hospital Materno Neonatal Eloísa Torrent de Vidal donde tomamos los datos usando el carnet perinatal como instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Como la ALAD/SAD¹ indica en la Guía de Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional la aparición del embarazo en edades mayores conlleva a un aumento de casos de DG, esta información coincide con nuestros datos recabados en el formulario QuialiDiabGest donde el grupo etario iba desde 17 a 43 años, y la media obtenida fue 31 años, como dato relevante el 58,49% ($n=62$) es ≥ 30 años, de la misma manera coincidiendo con dicha Guía podemos mencionar que al ingreso del estudio la media de la edad gestacional era de 26 ± 6 semanas; esto nos demuestra que un gran grupo de pacientes son detectadas entre la semana 24-28, sin embargo, hay casos que son derivados de manera tardía disminuyendo la posibilidad de evitar los efectos negativos de la diabetes gestacional.

En el estudio realizado por Gorban de Lapertosa, Alvariñas y col.³ mencionan la obesidad como uno de los principales factores de riesgo prevenibles que son precursores para DG, en nuestros datos podemos confirmar que el 43,39% ($n=46$) de las mujeres evaluadas presentó un $IMC \geq 30$, a su vez dentro de las cuestiones que escapan de las posibilidades del EDUGEST como los antecedentes obstétricos previos y antecedentes familiares, obtuvimos que alrededor del 65% ($n=69$) de las embarazadas diagnosticadas tenían un familiar directo con diabetes.

J. Mar-García y col.⁴ al igual que S. Gorban y col.⁵ Concluyen que la familia es una entidad de suma importancia para el manejo en los pacientes con Diabetes Mellitus y que debe incluirse en futuras investigaciones por la correlación positiva entre la percepción de la funcionalidad familiar y los índices de automanejo en dichos pacientes. En nuestro estudio se clasificó el nivel de funcionalidad familiar, utilizando el formulario del Apgar familiar, donde se encontró que el 25,5% ($n=27$) presentan disfunción familiar y en su mayoría corresponden a disfunción leve⁶. A través de las Fichas de Historia Clínica identificamos a las embarazadas que debían concurrir al control de salud, quienes asistían y además cumplían con los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, dichos resultados se veían reflejados en su control glucémico. Solo un 38,7% ($n=41$) no lograron cumplir con la adherencia. Para abordar el tercer objetivo específico planteado, donde se busca relacionar el nivel de fun-

cionalidad familiar con las características sociodemográficas, clínicas y metabólicas, utilizamos la correlación del Índice de Pearson, con todos los antecedentes personales, familiares y obstétricos antes mencionados. Solo tuvieron correlación positiva al Apgar familiar las variables preeclamsia y prematuridad, sin significado estadístico probablemente por el n. En cuanto al riesgo relativo se obtuvo un RR = 2, por lo tanto, la asociación es positiva. La presencia de disfuncionalidad familiar se asocia a mayor incumpliendo en la adherencia al tratamiento, es decir que tienen 2 veces más riesgo de no adherir al tratamiento aquellas mamás con disfunción familiar.

Finalmente coincidimos con los resultados hallados por Chávez y col.⁷ considerando que la adherencia terapéutica se relaciona con el control glucémico, además en sus resultados se encontró adherencia alta al tratamiento en las pacientes con mayor escolaridad, por lo tanto, creemos necesario incluir esta variable y otras más como características sociodemográficas para relacionarlas con la percepción de la funcionalidad familiar. Además, queremos mencionar que limitado número de pacientes en nuestra muestra pudo deberse a la pandemia COVID-19, durante la cual se impuso a nivel nacional el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), condicionando la asistencia hospitalaria materna.

CONCLUSIÓN

Los autores consideramos que los resultados obtenidos a partir de esta investigación son un aporte enriquecedor para el desarrollo de futuras investigaciones en el amplio campo de la diabetes gestacional. La población estudiada presentó diversos factores de riesgo para la gestación, sin embargo, los resultados hallados no fueron representativos para relacionar los niveles de percepción de la funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento; estos podrían interpretarse desde diferentes perspectivas vinculándose a otros factores no estudiados. Creemos necesario incluir otras variables como el nivel económico, educacional y la constitución familiar, a su vez un mayor tamaño muestral podría ayudar a la significancia de los resultados. Por otro lado, los objetivos específicos fueron concretados sin mayores dificultades dando por sentado que los instrumentos utilizados son de fácil realización y bajo costo, permitiéndonos identificar pacientes de alto riesgo.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Salzberg S, Gorbán de Lapertosa S, Falcón E. Guías de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Gestacional. ALAD 2016. Rev Soc Arg Diab. 2016; 50 (3): 117.
2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, INDEC. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. INDEC [en línea] Octubre del 2019. [fecha de acceso 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
3. Gorbán de Lapertosa S, Alvaríñas J, Elgart J, Salzberg S, Gagliardino J. Educación terapéutica de mujeres con diabetes gestacional (EDUGEST): datos correspondientes al período de reclutamiento. Rev Soc Arg Diab. 2020;53(3Sup):121.
4. Mar García J, Peñarrieta de Córdova I, León Hernández R, Gutiérrez Gómez T, Banda González O et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enf Univ. 2017; 14 (3): 155-161.
5. Gorbán de Lapertosa S, Kremer Sendros S, Pomares M, Orrego T, Sosa R et al. P43 Funcionalidad familiar y diabetes tipo 1. Rev Soc Argent Diabetes. 2020; 54 (3Sup): 148.
6. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz. 2014; 20(1): 53-57. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es
7. Chávez-García L, Valle-Leal JG, Jiménez-Mapula C, Quintero-Medrano SM, López-Villegas MN. Adherencia terapéutica y control glucémico en pacientes con diabetes gestacional bajo dos esquemas de tratamiento. Revista Medica de Chile, 2019. 147(5), 574-578. [en línea] disponible en <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000500574>