



Revista Ameyali

De médicos familiares para médicos familiares.

Septiembre 2024

Editores

»» Zorina Estefania Ortega Sosa

»» Canek Valle Iribe

»» Gerardo Alberto López González

»» Inidra Mendiola Pastrana

INDICE

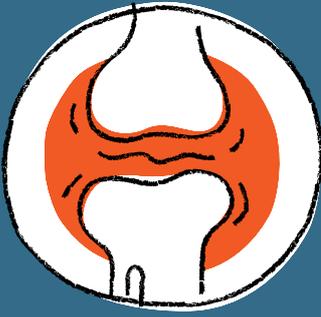
Gota	3
Turismo médico	9
Dislipidemias en población infantil y adolescente de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas, México	17
“Consultando ando” un movimiento nacido de la medicina familiar.	26
Mejora en la calidad de atención y objetivos del desarrollo sustentable.	30

INTRODUCCIÓN

Gota es la forma más común de artritis inflamatoria que afecta a los adultos. Es causada por la precipitación de cristales de urato monosódico (MSU) dentro de las articulaciones y estructuras periarticulares. Está directamente relacionada con la hiperuricemia (HUA), la cual se define como la concentración sérica de ácido úrico mayor de 6.8 mg/dL y es causada por trastornos del metabolismo de las purinas, disminución de la excreción de ácido úrico (AU) o aumento de la producción de AU en el cuerpo. Además, se encuentra asociada con la resistencia a la insulina y se considera una manifestación del síndrome metabólico.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de hiperuricemia es de alrededor de 10% y de gota varía entre 1-2% en los países occidentales. Su incidencia se estima en aproximadamente 1 o 2 por 1000 habitantes, con una edad de presentación media en mayores de 40 años.



POR : MARTHA GABRIELA GOMEZ NIEVES

GOTA

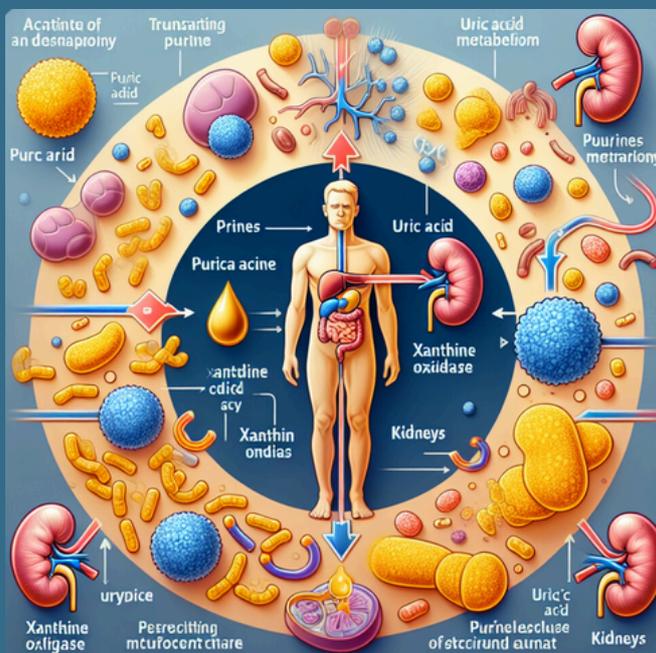


FISIOPATOLOGÍA

En los humanos, el ácido úrico es el producto final del metabolismo de las purinas, de las que dos terceras partes se generan de manera endógena y una tercera parte resulta de factores exógenos (dieta, administración de tiazidas, etc..).

Las purinas se convierten sucesivamente en inosina, hipoxantina, para luego, con la ayuda de la xantina oxidasa, pase a xantina y finalmente convertirse en ácido úrico. Su concentración depende del balance entre su producción y excreción por los riñones (70%) y el tracto gastrointestinal (30%). (Figura 1)

Algunos factores pueden afectar la solubilidad del ácido úrico en la articulación. Estos incluyen el pH del líquido sinovial, la concentración de agua, el nivel de electrolitos y otros componentes sinoviales como los proteoglicanos y el colágeno. También se incluyen la edad y el género.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

4 ETAPAS.

1 HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA.

Sin artritis gotosa, tofos, ni cálculos renales de ácido úrico.

3 PERÍODO INTERCRÍTICO.

Son los intervalos entre los ataques agudos de gota. Durante este período los cristales están presentes en niveles bajos en líquido sinovial.

4 GOTA TOFÁCEA CRÓNICA.

Deposito continuo de cristales de MSU subcutáneos, sinoviales o en huesos subcondrales.

2 ARTRITIS GOTOSA AGUDA

Caracterizada por inflamación, eritema, aumento de temperatura en sitio afectado y dolor severo por las noches o primeras horas de la mañana generalmente monoarticular (aunque puede ser poliarticular) con duración de 3-14 días . Al pasar los años los ataques son más frecuentes. Otras manifestaciones son la litiasis urinaria y el daño renal, tanto por depósito de cristales como por nefropatía.

DIAGNÓSTICO

El estándar de oro es la identificación de urato monosódico en el líquido sinovial. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el reumatismo (EULAR) han aprobado en colaboración criterios de clasificación que incluyen datos clínicos, de laboratorio y de imagen. (Tabla 1)

TABLA 1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA GOTA SEGÚN ACR/EULAR.

Criterio Clínico	Categoría	Puntuación
Patrón del compromiso de las articulaciones o bursas sinoviales durante el ataque	Afectación de cualquier articulación o bursa diferente a la del tobillo, metatarso o MTP 1 (1ª articulación metatarsofalángica).	0
	Inflamación de la articulación de tobillo o metatarso sin compromiso de la articulación MTP 1.	1
	Afectación de la articulación MTP 1	2
Signos o síntomas clínicos durante el ataque	Eritema sobre la articulación afectada	1
	Dolor difícil de soportar a la palpación o la compresión de la articulación comprometida	1
	Dificultad para caminar o incapacidad de utilizar la articulación inflamada	1
Curso de la crisis; aparición de ≥ 2 de los siguientes 3 rasgos: - Tiempo hasta que la intensidad del dolor alcance a su nivel máximo < 24 h. - Desaparición de los síntomas en ≤ 14 días - Desaparición completa de los síntomas entre ataques.	1 ataque típico	1
	Ataques típicos recurrentes	2
Nódulos gotosos en el cuadro clínico: nódulos subcutáneos (tofos) articulaciones, pabellón auricular, bolsa de la articulación del codo, yemas de los dedos, tendones	Ausentes	1
	Presentes	2
Criterio de laboratorio		
Cristales MSU en líquido sinovial	No	-2
	No se ha realizado	0
	SI	Diagnóstico confirmado
Criterio de imagen		
Cristales de urato en una articulación sintomática (en cualquier momento), o en la bursa sinovial	Signo de doble contorno en la ecografía	4
Destrucción articular asociada a gota	≥ 1 erosión en la radiografía simple de mano o pi	4

Interpretación: la puntuación máxima es de 23 pts. Para el diagnóstico de gota se requieren 8 pts.

TRATAMIENTO

Se recomienda cambio en el estilo de vida como evitar o disminuir ingesta de alcohol, control de peso, realizar ejercicio, disminuir ingesta de purinas. En el tratamiento del ataque agudo también se emplea la inmovilización y aplicación de hielo (10-15 minutos, 3 veces al día) en la articulación afectada.

Para lograr una resolución rápida y completa de los síntomas, el tratamiento de la gota aguda debe comenzar dentro de las 24 horas posteriores al inicio de los síntomas.

Se puede tratar con

- ⚡ Antiinflamatorios no esteroideos.
- ⚡ colchicina.
- ⚡ corticoesteroides.



Los AINES pueden administrarse en la dosis máxima y continuarse durante 1-2 días después del alivio de los síntomas. sin embargo estos se encuentran contraindicados en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC)

La colchicina en la práctica sigue estando infrutilizada, lo cual podría ser por su aclaramiento a nivel renal, sin embargo, no se han observado efectos secundarios a dosis bajas de colchicina (0.5 mg/día) asociada a esteroides (25 mg de prednisona durante 4-5 días). La principal desventaja de la colchicina es la irritación intestinal, que a menudo origina diarreas cuya aparición es de 12 a 48 h después del inicio del tratamiento y muchas veces coincide con la mejora de la inflamación.



Puesto que el precedente para la aparición de la enfermedad gotosa es la hiperuricemia, ésta debe tratarse. Para ellos los tratamientos reductores de uratos disponibles son los inhibidores de la xantina- oxidasa (nuevos estudios demostraron su seguridad general, especialmente en pacientes con ERC) Los disponibles en México son:Alopurinol. Dosis inicial de 100mg/día, dosis máxima 900 mg/día

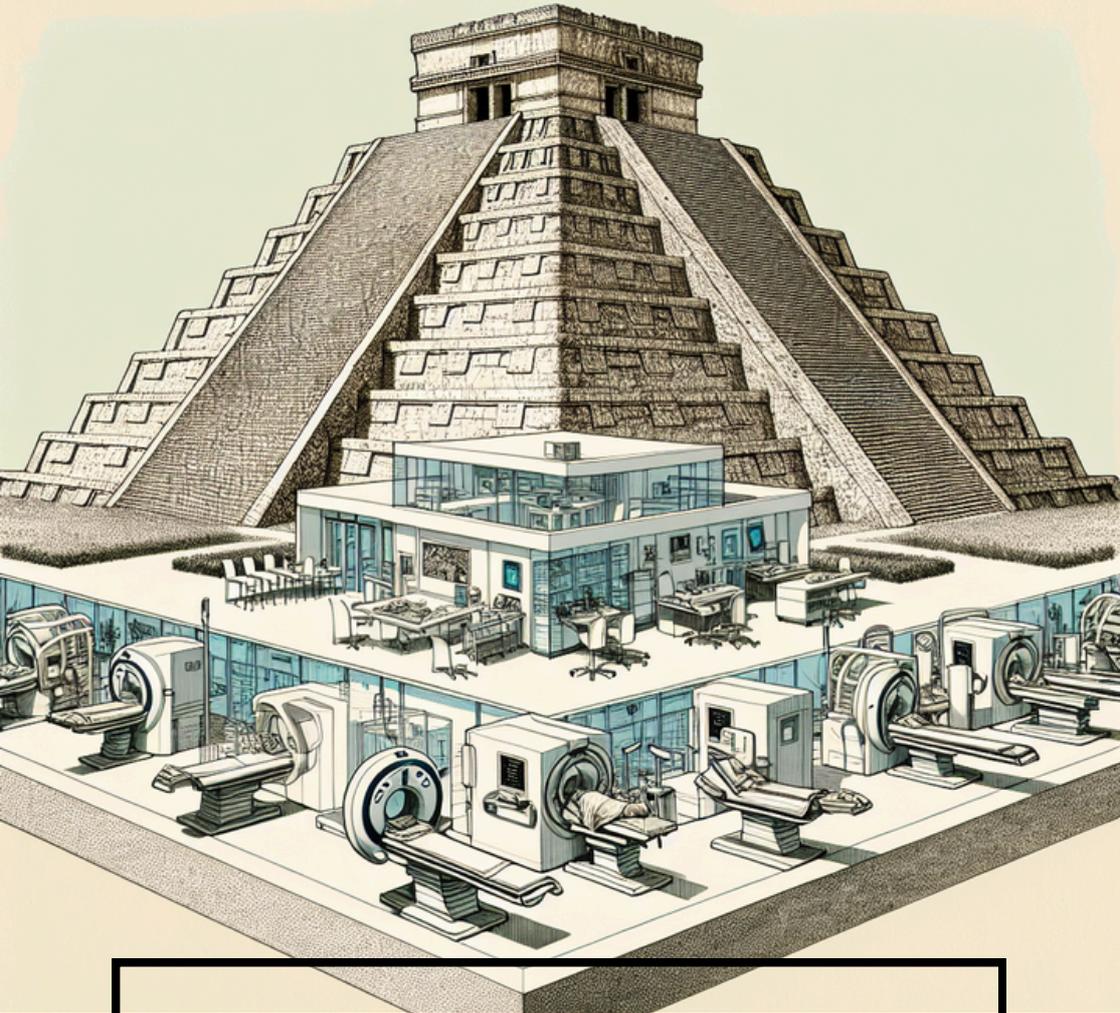
Febuxostat. En varios estudios con distribución al azar febuxostat demostró mayor eficacia y seguridad contra placebo y alopurinol para alcanzar metas terapéuticas. No requiere ajuste en ERC. Dosis 40-120 mg/día.

CONCLUSIONES

En los últimos años, la incidencia de HUA y gota ha seguido aumentando en todo el mundo, por tanto, es un tema importante en términos sociales y económicos, ya que los pacientes no tienen buena calidad de vida por el dolor infringido por este padecimiento, limitación en las actividades de la vida diaria, con consecuente disminución en productividad laboral. Otra problemática es la baja adherencia de los pacientes a las terapias reductores de ácido úrico, por lo que es clave educar a nuestros pacientes para encontrar el éxito, no nos limitemos a la indicación de fármacos.

BIBLOGRAFÍA

- 1- DALBETH N., GOSLING AL, GAFFO A., ABHISHEK A. (2021). GOTA . LANCET 397 (10287), 1843–1855. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00569-9
- 2.-GRR. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REFERENCIA OPORTUNA DE HIPERURICEMIA Y GOTA.
- 3.-WANG Z, LI Y, LIAO W, HUANG J, LIU Y, LI Z, TANG J. GUT MICROBIOTA REMODELING: A PROMISING THERAPEUTIC STRATEGY TO CONFRONT HYPERURICEMIA AND GOUT. FRONT CELL INFECT MICROBIOL. 2022 AUG 10;12:935723. DOI: 10.3389/FCIMB.2022.935723. PMID: 36034697; PMCID: PMC9399429.
- 4.- YOKOSE C, MCCORMICK N, CHOI HK. THE ROLE OF DIET IN HYPERURICEMIA AND GOUT. CURR OPIN RHEUMATOL. 2021 MAR 1;33(2):135-144. DOI: 10.1097/BOR.0000000000000779. PMID: 33399399; PMCID: PMC7886025.
- 5.- GONZÁLEZ-ORTIZ MANUEL, ALEXANDERSON-ROSAS ELVIRA GRACIELA, CASTRO-MARTÍNEZ MARÍA GUADALUPE, DUARTE-VEGA MANUEL, GARNICA-CUÉLLAR JUAN CARLOS, MÁRQUEZ-RODRÍGUEZ, EDUARDO ET AL . TRES DESAFORTUNADOS ENEMIGOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN. MED. INTERNA MÉX. [REVISTA EN LA INTERNET]. 2019 AGO [CITADO 2024 JUL 16] ; 35(4) : 596-608.
- 6., LUDEÑA SUÁREZ MARÍA CRISTINA, MARÍN FERRÍN RENÉ EDUARDO, ANCHUNDIA CUNALATA EDWIN FERNANDO, VILLACRÉS MOSQUERA LARISSA FERNANDA, TORRES RAMÍREZ MYRIAM ISABEL. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA GOTA. CCM [INTERNET]. 2020 MAR [CITADO 2024 JUL 16] ; 24(1) : 222-252. DISPONIBLE EN: [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1560-43812020000100222&LNG=ES](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100222&lng=es). EPUB 01-MAR-2020.



TURISMO MÉDICO

POR: JHORDY TOVILLA AGUILAR

MÉXICO COMO SEGUNDO PAÍS QUE MÁS TURISMO MEDICO RECIBE

No es un secreto que México es uno de los principales destinos turísticos en el mundo, ya sea por su exquisita gastronomía declarada patrimonio mundial por la UNESCO en 2010 o por sus maravillosas playas de la Riviera maya que inundan las redes sociales hasta las tradiciones como el día de muertos son bien conocidas en el exterior.

Sin lugar a duda, México es la palabra de origen náhuatl que cada vez se repite con mayor frecuencia y hace eco en el exterior en boca de extranjeros, según datos de la Organización Mundial de Turismo (OTM) en 2023 nuestro país se reposicionó en 9o lugar mundial en captación de divisas por turismo.

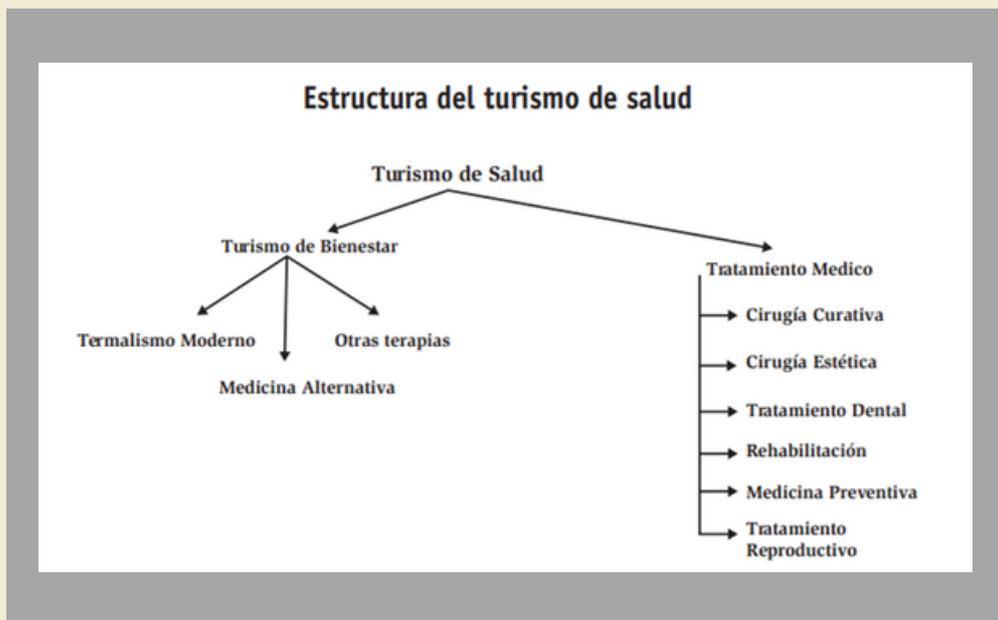
El titular de la Secretaría de Turismo, Miguel Torruco Marqués, en su conferencia del 2023 destacó que en 2022 llegaron a nuestro país 38 millones 327 mil turistas internacionales, lo que representó un incremento del 20.3% con respecto al observado en 2021 después de la pandemia mundial causada por la COVID-19.

En este mismo tenor, México se encuentra en la sexta posición de la OMT por debajo de Francia, España, Estados Unidos, Turquía e Italia. A pesar del desafiante entorno económico mundial, el país Azteca no deja de brillar y se espera que cada vez sea con mayor frecuencia el destino para turistas Internacionales; ahora con otra creciente área de oportunidad y desarrollo: Turismo médico de calidad.



Empecemos definiendo ¿qué es el turismo médico y qué diferencia tiene con el turismo de bienestar? El turismo es un fenómeno social que consiste en el desplazamiento voluntario y personal de individuos o grupos de personas, principalmente con fines recreativos a un lugar distinto al de su entorno habitual. Por otro lado, entendemos por salud un estado de bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades.

Para Arias Aragonés et al. (2012) es cuando la gente viaja a menudo largas distancias a países de ultramar para obtener atención médica, odontológica y quirúrgica, siendo al mismo tiempo turistas, en un sentido más convencional, excluyendo entonces al turismo del bienestar, que por definición alude a spas, tratamientos homeopáticos o terapia tradicional. La nota distintiva entre ambos es que el primero implica una intervención específica.



Fuente: Arias Aragonés et al., 2012

El caso mexicano es relevante, datos del extinto Promexico señalan que, en cuanto a la industria de turismo médico, nuestro país ha evolucionado a ser un destino sobresaliente en las áreas de odontología, oftalmología y cirugía estética, más en la frontera norte del país creando un referente de la atención médica que compite directamente con países como Tailandia.

Los destinos de turismo médico mas importantes son: Ciudad de México, Ensenada, Tijuana, Mexicali, Rosarito, Cancún Ciudad Juárez, Navojoa, Reynosa, Matamoros, Nuevo Laredo, Guadalajara, Monterrey, Guadalajara, Puebla y Querétaro. Ofertando la mayoría de las especialidades y procedimientos médicos existentes.

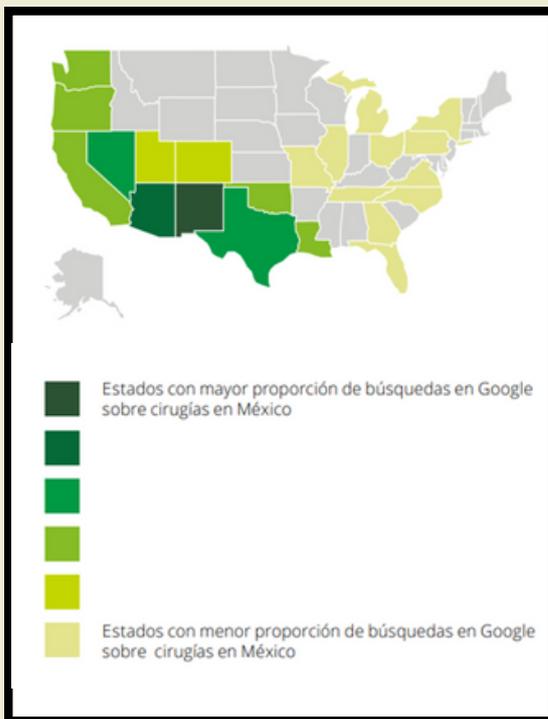
Uno de los motivos que ofrece México y que lo vuelve atractivo para este sector es que ofrece un ahorro de entre el 35% y 85% en algunos tratamientos y procedimientos quirúrgicos al igual que el tiempo de espera en otros países



Nuestro país cuenta con 98 hospitales acreditados por la Secretaría de Salud y siete por la Joint Comission Internacional. Según datos de Sectur estima que los visitantes de Estados Unidos representan 70% de ingreso en el país en el sector de salud, y se espera que aumente en los próximos años , por el aumento de solicitud de cirugias estéticas.

Deloitte, la firma de asesoría financiera con sede en Londres y una de las más importantes en el mundo de la consultoría, ha estimado que el tamaño de la industria en México oscila entre los 8 y 8.8 miles de millones de dólares en 2018, esto representaría un 5.6% del valor total del sector a nivel mundial. Se espera que esta industria tenga un despunte del 12.8% en los próximos años.

Pero ¿de dónde vienen los turistas médicos? Cerca del 77% son transfronterizos provenientes de estados sureños estadounidenses. Otro dato, es que según Google Trends muestra además de los Estados Unidos a Canadá, Reino Unido, India y Malasia como países que tienen más búsquedas de cirugías en México.



Fuente: Deloitte

Actualmente, México cuenta con nueve clústeres a lo largo y ancho de la república que permite el desarrollo y crecimiento de este sector. Las entidades estatales han generado iniciativas para fortalecer la industria en colaboración con agencias no gubernamentales y organizaciones civiles para responder las necesidades del sector salud. Podemos señalar los clústeres médicos más importantes.

CLUSTERS MÉDICOS.

Clúster Tamaulipas

El Programa Estatal de Tamaulipas señala como línea estratégica de desarrollo económico el desarrollo del Turismo Médico.

Clúster Guanajuato

El Instituto Municipal de Planeación (IMPLAN) de León, reveló la existencia de datos que limitan el crecimiento y desarrollo de un clúster médico en la ciudad.

Clúster Baja California

El IMPLAN de Tijuana señala una línea estratégica para una Metrópoli Innovadora

Clúster Chihuahua

El consulado mexicano y el Fideicomiso de Promoción Turística de Chihuahua crearon una campaña para promover el Turismo Médico legal y de viajes en Ciudad Juárez.

Clúster Nuevo León

Constituido por principales hospitales públicos y privados con acreditaciones tanto nacionales como internacionales, así como el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Joint Commission (JC), la Secretaría de Desarrollo Económico de Nuevo León y cuatro de las más prestigiosas Universidades de América Latina.

Clúster Jalisco

Aún falta por definir estrategias, sin embargo, el Gobierno de Jalisco y sus Universidades señalan al estado como un clúster emergente.

Clúster CDMX

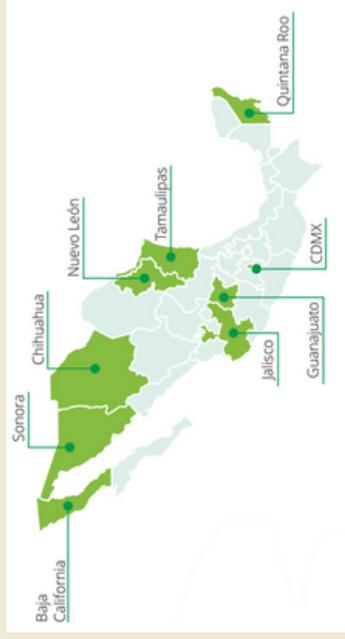
El Programa Sectorial de Turismo de la CDMX señala al Turismo Médico como una línea estratégica en la agenda de competitividad turística en la Ciudad de México.

Clúster Quintana Roo

El Programa de Diversificación y Desarrollo del Turismo de Quintana Roo señala como línea de acción la promoción de la entidad como destino turístico de salud.

Clúster Sonora

Se pretende impulsar una red binacional que reuna a los principales proveedores del Turismo Médico y de bienestar y posicionar a la región Sonora-Arizona a nivel regional e internacional.



Si México cuenta con una amplia red de hospitales, especialidades y médicos de excelencia, ¿cuáles son los factores por los cuales cada vez más extranjeros deciden viajar para realizarse un procedimiento?

En primer lugar, es su bajo costo y accesibilidad: en este espectro se encuentran personas sin seguro médico en su país de origen y/o coberturas inadecuadas (particularmente pacientes de los Estados Unidos), normalmente viajan para realizarse cirugías plásticas y cosméticas, tratamientos odontológicos y reconstrucción dental; cirugías bariátricas y posteriormente de reconstrucción del cuerpo; procedimientos de reasignación de sexo, y tratamientos reproductivos.

En segunda posición para evitar largas listas de espera: normalmente se habla de sistemas de salud congestionados y abarrotados. Particularmente pacientes de Reino Unido y Canadá.

Como tercer punto se encuentran los procedimientos no disponibles en el país de origen: se trata de nuevos procedimientos no aprobados por las agencias regulatorias en los países de origen; tratamientos con células madre; rejuvenecimiento; procedimientos no disponibles o restringidos por la sociedad y/o el sistema legal; trasplantes de órganos, y fertilización in vitro con óvulos de donante.



Privacidad y confidencialidad: la mayoría de los pacientes busca regresar a casa sin la menor seña de haberse sometido a algún procedimiento para evitar la pena o juzgamientos por parte de amigos, familiares y la sociedad en general. Estar en otro país no solo les permite un tratamiento de calidad a buen costo, sino que también discreción en sus vidas privadas.

En conclusión, podemos decir que el turismo de salud es un concepto afortunado que comprende la fenomenología asociada con los viajes, que por razones de salud o de bienestar, realizan las personas al extranjero o fuera del lugar donde viven. En el pasado, las personas de los países en desarrollo viajaban a los países desarrollados en busca de atención médica. Hoy en día el panorama es distinto dado que los flujos de pacientes se dan en sentido contrario y son los países en desarrollo los que más se están beneficiando del creciente flujo de pacientes transfronterizos.

BIBLOGRAFÍA

- 1.- Arias Aragonés, F. J., Caraballo Payares, A. M., & Matos Navas, R. E. (2012). El turismo de salud: conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *Clío América*, 6(11). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5114831.pdf>
- 2.- Secretaría de Turismo., (s. f.). México se reposiciona en el 9º lugar mundial en captación de divisas por turismo, según la OMT. [gob.mx. https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-se-reposiciona-en-el-9-lugar-mundial-en-captacion-de-divisas-por-turismo-segun-la-omt](https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-se-reposiciona-en-el-9-lugar-mundial-en-captacion-de-divisas-por-turismo-segun-la-omt)
- 3.-Gobierno de México., (s. f.). México es el segundo destino de turismo de salud a nivel mundial. [Bancomext. Recuperado 27 de mayo de 2024, de https://www.bancomext.com/blog-bancomext/mejora-tu-hotel/mexico-es-el-segundo-destino-de-turismo-de-salud-a-nivel-mundial/](https://www.bancomext.com/blog-bancomext/mejora-tu-hotel/mexico-es-el-segundo-destino-de-turismo-de-salud-a-nivel-mundial/)
- 4.- Jefes, D. (2023, 15 noviembre). México, epicentro del turismo médico global. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/de-jefes/2023/11/15/mexico-epicentro-del-turismo-medico-global/>
- 5.- Pantoja, C., Yarza, J. M., Solís, T., & Guzmán, M. (2019). Oportunidades de mercado y perspectivas del turismo de salud en México. En *Deloitte México*. Recuperado 27 de mayo de 2024, de <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/bienes-raices/2019/Turismo-de-Salud-en-Mexico.pdf>.- Secretaría de Relaciones Exteriores., (2013). Turismo de salud. En Dirección General de Comunicación Social (NOTISEM). *Secretaría de Relaciones Exteriores*. Recuperado 27 de mayo de 2024, de <https://embamex.sre.gob.mx/dinamarca/images/pdf/medico.pdf>



DISLIPIDEMIAS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE DE COMITÁN, CHIAPAS, MÉXICO

Por: Armando Camilo Hernández Contreras

y

El Grupo multidisciplinario de investigación en ciencias de la salud A. C. Comitán de Domínguez, Chiapas, México.

Introducción

Las dislipidemias adquieren importancia clínica debido a su relación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y particularmente con la enfermedad cardiovascular (ECV) la cual, junto a la diabetes tipo II (DM II), son las principales causas de mortalidad en el mundo.

Las dislipidemias se definen como el “conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen en común el ser causa de concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas precursoras del daño ateromatoso vascular causante de las enfermedades cardiovasculares”.

Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de dislipidemia es la obesidad, cuya prevalencia se encuentra en constante aumento en todo el mundo, con cifras alarmantes entre niños y adolescentes. Con frecuencia, la obesidad desarrollada en la niñez permanece hasta la edad adulta, contribuyendo al desarrollo de una gran variedad de ECNT.

Las ECNT tienen un proceso que inicia en la infancia, progresa en la adolescencia y se manifiesta clínicamente en adultos; estas enfermedades se desarrollan de manera inaparente a través del tiempo, ejerciendo su efecto dañino de manera progresiva hasta que aparecen los síntomas, de forma tardía y en la mayoría de las veces irreversible, ocasionando la muerte o incapacidades permanentes.

Las dislipidemias son consideradas trastornos de la edad adulta, sin embargo, los escasos estudios que se han realizado en niños y adolescentes en México reportan una prevalencia de dislipidemias hasta en 30% en estos grupos de edad.

En este trabajo se presentan los resultados de una investigación piloto que, con el objetivo de conocer la prevalencia de dislipidemias y su asociación con el sobrepeso-obesidad (S-O), se realizó en la población infantil y adolescente que acude a consulta médica en la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas, México.

Métodología

Se realizó un estudio transversal analítico que incluyó, en una muestra no aleatoria por conveniencia, a 64 pacientes de ambos sexos con edad de 2 a 16 años, que acudieron a consulta de Pediatría durante el año 2014.

Se integraron dos grupos de 32 (50%) pacientes cada uno dependiendo de si tenían o no sobrepeso-obesidad (S-O), la que se consideró como variable independiente de exposición.

A todos los pacientes se les realizó determinación sérica de colesterol total (CT), colesterol de baja densidad (C-LDL), colesterol de alta densidad (C-HDL) y triglicéridos (TG), estableciéndose los siguientes puntos de corte de los resultados de laboratorio (en mg/dl): CT \geq 200; C-LDL \geq 130; C-HDL $<$ 35 y TG \geq 130.

A los pacientes se les realizó antropometría (peso y talla) y se estableció el índice de masa corporal (IMC), de acuerdo con la ecuación de Quetelet ($\text{peso} / \text{talla}^2$), como criterio para establecer el estado nutricional. Se diagnosticaron con sobrepeso a los pacientes que presentaron un peso superior a una y hasta dos desviaciones estándar, y como obesos a los que presentaron más de dos desviaciones estándar, de acuerdo con los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Resultados.

La edad mínima y máxima de los 64 pacientes fue de 2.9 y 16 años; 38 fueron del sexo femenino (59.37%) y 26 (40.63%) del sexo masculino (razón femenino/masculino: 1.46); el 50% de los pacientes estudiados tuvieron sobrepeso-obesidad.

Se encontraron 37 casos (57.81%) con algún tipo de dislipidemia (Gráfica 1). Los niveles promedio de lípidos séricos reportados, se observan en la tabla 1.



Cuadro 1. Niveles séricos de lípidos

Lípido	Media (mg/dl)	Desviación estándar	Intervalo de confianza al 95%
Colesterol total	155.69	36.9	146.65 - 164.73
Colesterol HDL	44.33	13.55	41.01 - 47.65
Colesterol LDL	147.19	60.28	132.42 - 161.96
Triglicéridos	149.62	129.55	117.88 - 181.36

FUENTE: Expedientes clínicos del servicio de Pediatría. 2014

Más del 50% de las dislipidemia se presentaron en los menores de 11 años (tabla 2) y el grupo de edad más afectado fue el de los 6.9 a 8.8 años con una tasa del 80/100 pacientes.

Cuadro 2. Pacientes con dislipidemia por grupo de edad

Edad	Nº	Con dislipidemia	%	% Acumulado	Tasa por 100
2.9 - 4.8	3	2	5.41	5.51	66.67
4.9 - 6.8	8	4	10.81	16.32	50
6.9 - 8.8	10	8	21.62	37.94	80
8.9 - 10.8	13	6	16.22	54.16	46.15
10.9 - 12.8	11	7	18.92	73.08	63.64
12.9 - 14.8	5	3	8.11	81.19	60
14.9 - 16.8	14	7	18.92	100.1	50
Total	64	37	100		

FUENTE: Expedientes clínicos del servicio de Pediatría. 2014

La dislipidemia más frecuente fue la hipertrigliceridemia con 25 casos (67.6%), seguida de dislipidemia mixta e hipercolesterolemia de baja densidad con 4 casos respectivamente. (10.81%); la hipercolesterolemia pura y la hipoalfalipoproteinemia se observaron en dos casos respectivamente (5.4%). Cuadro 3.

Cuadro 3. Tipo de dislipidemias

<i>Alteración</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Hipertrigliceridemia	25	67.57
Combinada	4	10.81
LDL alto	4	10.81
Hipercolesterolemia	2	5.41
HDL bajo LDL alto	2	5.41
Total	37	100

FUENTE: Expedientes clínicos del servicio de Pediatría. 2014

Las dislipidemias fueron más comunes en los pacientes con S-O (78.1%) en comparación con pacientes con peso normal (37.5%) con un odds ratio de 5.95, X^2 de 10.82 y $p < 0.001$. La fracción atribuible (FA) fue del 83.2%. Cuadro 4.

Cuadro 4. Dislipidemias por estado nutricional y sexo

	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Porcentaje</i>	X^2	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>FA (%)</i>
Dislipidemia por estado nutricional								
Sobrepeso/obesidad	25	7	78.12	10.82	0.001	5.95	1.98 - 17.92	83.2
Normopeso	12	20	37.5					
Dislipidemia por Sexo								
Masculino	17	9	52.63	1.03	0.3	1.7	0.6 - 4.8	
Femenino	20	18	47.22					
Sobrepeso-obesidad por sexo								
Femenino	22	16	57.89	2.33	0.13	2.2	0.79 - 6.1	
Masculino	10	16	38.46					

FUENTE: Expedientes clínicos del servicio de Pediatría. 2014

Los pacientes del sexo masculino presentaron una frecuencia mayor de dislipidemias (52.63%) que los del sexo femenino (47.22%), para una razón masculino/femenino del 1.11. Cuadro 4.

El sobrepeso/obesidad se observó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en el que alcanzó el 57.89% contra el 38.46% del sexo masculino, para una razón femenino/masculino del 1.5. Cuadro 4

En México el sobrepeso y la obesidad es un problema grave en todos los grupos de edad y en ambos sexos, y se ha demostrado que esta epidemia contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas entre las que se incluyen a las dislipidemias, las que se consideran padecimientos de la población adulta, sin embargo, se acumula evidencia de que estos padecimientos se encuentran presentes en edades tempranas de la vida particularmente en población con S-O14.

En nuestra investigación, el 57.81% presentaron algún tipo de dislipidemia lo que representa una prevalencia mayor que la reportada por Camacho et al, Ávila y Nava, y Romero-Velarde et al quienes encontraron una prevalencia de dislipidemia de 55.2%, 52.6% y 47.13% respectivamente, en población infantil mexicana con sobrepeso u obesidad.

En otras latitudes de América Latina, Barja Yáñez y col en Chile y Arjona Ortegón et al en Costa Rica encontraron algún tipo de dislipidemia en 32% y 13.3% de sus casos.

Más del 50% de las dislipidemia se presentaron en los menores de 11 años y el grupo de edad más afectado fue el de los 6.9 a 8.8 años con una proporción del 80%. El paciente más joven con dislipidemia fue de dos años y nueve meses.

La dislipidemia más frecuente fue la hipertrigliceridemia con 25 casos (67.6%), semejante a los reportado por Ávila y Nava, quienes encontraron esta dislipidemia en el 46.4% de su población pediátrica de 84 pacientes de edad pediátrica, seguida de la hipoalfalipoproteinemia con el 52.4% seguida de dislipidemia mixta e hipercolesterolemia de baja densidad con 4 casos respectivamente. (10.81%); la hipercolesterolemia pura y la hipoalfalipoproteinemia se observaron en dos casos respectivamente (5.4%).

Como se esperaba, las dislipidemias fueron significativamente más comunes en los pacientes con S-O (78.1%) en comparación con pacientes con peso normal (37.5%). Esta proporción fue mayor que la reportada por Camacho Sánchez et al, Ávila y Nava, y Romero Velarde¹⁹ (75.5%, 52.6%, 44.19%, respectivamente).

Los pacientes del sexo masculino presentaron una frecuencia mayor de dislipidemia (52.63%) que los del sexo femenino (47.22%), lo que difiere con lo encontrado por Camacho Sánchez, en el que reporta el predominio de dislipidemias en mujeres con el 58.5%¹⁵. En nuestro caso, la diferencia por género, no fue significativa.

El sobrepeso-obesidad se observó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en el que alcanzó el 57.89% contra el 38.46% del sexo masculino, pero esta diferencia no fue significativa.

Los resultados de este trabajo sugieren que las dislipidemias, como precursoras de aterosclerosis y otras ECNT, se inician en etapas tempranas de la vida, por lo que su detección oportuna reviste especial importancia, mejorando su pronóstico y previniendo complicaciones en la edad adulta.

Conclusiones.

La prevalencia de ECNT que vive México y el mundo es un problema de salud alarmante en todos los grupos de edad, incluida la población infantil.

Estas enfermedades son la principal causa de morbimortalidad en el mundo y su prevención y diagnóstico oportuno debe iniciarse en la edad pediátrica, identificando a los niños y adolescentes de riesgo. Se recomienda que la búsqueda intencionada de dislipidemias se realice desde los dos años.

Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. Las 10 principales causas de defunción 2020. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Consultado: 26/03/2024.
2. World health organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. En: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>. Consultado: 26/03/2024.
3. PAHO. Enfermedades cardiovasculares. En: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>. Consultado: 18/03/2024.
4. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016. En: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/233GER.pdf>. Consultado: 14/08/24.
5. Organización mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso 2024. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado: 15/03/2024.
6. Aguilar SC, Gómez OF, Lerman GI, Vázquez CC, Pérez MO y Posadas RC. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la sociedad mexicana de nutrición y endocrinología. *Revista de endocrinología y nutrición* 2004; 12(1): 7-41.
7. Camacho SJ, Medina VL, Hernández PC. Dislipidemia en pacientes escolares con sobrepeso u obesidad. *Rev Mex Med Fam* 2015; 2(1): 29-38
8. Ávila FM, Nava UE. Frecuencia de dislipidemia en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2016; 14(3): 14-154.
9. Romero-Velarde E, Campollo-Rivas O, Celis de la Rosa A, Vázquez-Garibay E, Castro-Hernández J, Cruz-Osorio R. Factores de riesgo de dislipidemia en niños y adolescentes con obesidad. *Salud pública de México* 2007; 49(2): 103-108.
10. Barja YS, Arnaiz GP, Villarreal PL, Domínguez LA, Castillo VO, Farías JM, Mardones SF. Dislipidemias en escolares chilenos: prevalencia y factores asociados. *Nutr Hosp.* 2015; 31: 2079-2087.



“Consultando ando” entiende la importancia del apoyo comunitario, por esto, durante estos tres años de trabajo, ha buscado incluir a más partes de la sociedad en las actividades de la asociación, logrando que las escuelas de educación básica colaboren con la recolección de tapas para el Banco de Tapitas A.C. asociación, que se encarga del reciclaje y venta del plástico de tapas y con las ganancias crean espacios para la atención de niños con diagnóstico de cáncer.



El proyecto MIXPARK, una hermosa cortesía.

MIXPARK es un área verde que pertenece a uno de los fundadores de “consultando ando” la cual ha sido abierta al público para que puedan disfrutar de la naturaleza familias enteras mientras aprenden también de ecología y reforestación.



¡Visita Mix Park!
Es un proyecto de reforestación abierto al público
Reserva con nosotros
San Lucas Cuauhtelulpan Tlaxcala

Un árbol no solo embellece nuestro entorno, también nos provee de aire puro y esencial para nuestra vida.

San Lucas Cuauhtelulpan

Ayúdanos a cuidar nuestro planeta!





Esta asociación no tiene más, que ganas de crecer y expandirse a todos los rincones de la república, por lo que era importante extender la difusión a otros medios de comunicación de médicos familiares como la Revista Ameyali. En el último año la asociación se fortaleció por el uso de las redes sociales, ahora fundamentales para continuar compartiendo el mensaje y trabajo que hace “consultando ando”. Sí en ustedes existe la ímpetu y pasión por el trabajo comunitario y empatía hacia los que menos tienen, no tengan duda en contactar para cada día se nutra más esta comunidad.



Consultando Ando por México



Consultando Ando



drmixalis

“LA MEDICINA FAMILIAR, ES POR DEFINICIÓN ASISTENCIAL Y COMUNITARIA, DOS RASGOS QUE NOS OTORGAN LA OPORTUNIDAD DE DEJAR HUELLA Y HACER LA DIFERENCIA EN NUESTRO CAMINO, EL ALTRUISMO”.

DR.MIXALIS ROSAS

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE.

INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 2015 una agenda global para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos”; la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, corresponde a 193 países; dicha agenda da prioridad a poner fin a la pobreza y disminuir las desigualdades, prioriza a las personas al considerarlas el centro, con pleno goce de derechos y en la sostenibilidad global con la colaboración igualitaria de todos los países, integrando tres pilares: el económico, social y medioambiental, proporcionando una valiosa ruta para la formulación de políticas mundiales.

Sugerencia “la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, correspondiente a 193 países, da prioridad a poner fin a la pobreza y disminuir las desigualdades, prioriza a las personas al considerarlas el centro, con pleno goce de derechos y en la sostenibilidad global con la colaboración igualitaria de todos los países, integrando tres pilares: el económico, social y medioambiental, proporcionando una valiosa ruta para la formulación de políticas mundiales.

INTRODUCCIÓN

La agenda integra 17 objetivos con 169 metas que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Esta nació a partir de la organización de los líderes mundiales, los cuales adoptaron los objetivos de: erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo con metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años.

El cumplimiento de los objetivos sólo puede lograrse a través de la acción local, partiendo de que la salud no consiste únicamente en ofrecer servicios médicos y clínicos, sino también de incluir directivas sanitarias en diferentes medidas políticas



La calidad de atención en la salud, definida por Donabedian como: “el tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención”; esta atención en términos de salud pública debe ser segura, eficaz, eficiente, y equitativa, conforme a los principios bioéticos.

Los Objetivos de desarrollo sustentable (ODS) surgieron para asegurar el compromiso político con el desarrollo sostenible, cuidando involucrar las esferas sociales, económicas y ambientales.

Tienen como finalidad propiciar un resultado clave que marcará la diferencia, proponiendo metas tangibles y medibles, las cuáles serán informadas y evaluadas cada año.

Otra característica de los objetivos es tener que estar orientados a la acción, ser concisos y fáciles de comunicar, si bien son limitados en su número, son ambiciosos y conceptualmente. Se pueden agrupar en cuatro categorías complementarias e interdependientes que nos conllevan a ofrecer una mejor calidad en salud: el bienestar de las personas, el desarrollo económico inclusivo, el compromiso con la gestión de la salud del planeta y el avance de las instituciones y su cooperación, categorías



La calidad de la atención médica es una manifestación de la equidad y de la eficacia de las acciones, así como de la satisfacción del paciente engloba la atención de todo el personal sanitario y debe complementarse con aspectos éticos, permitiendo analizar la perspectiva de los usuarios.

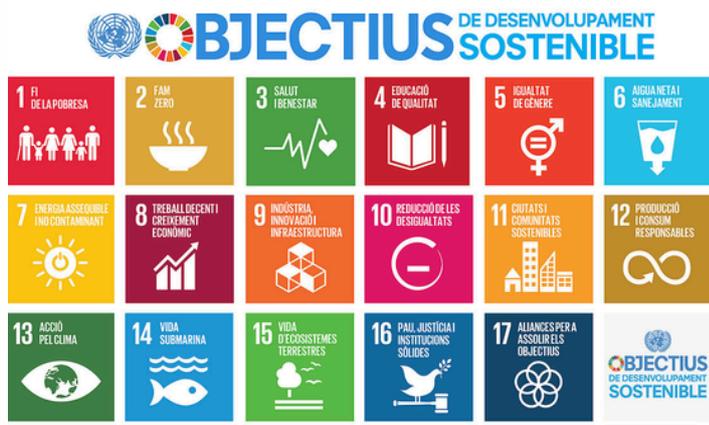


FIGURA 1. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE OMS

Se debe atender a todos los que soliciten los servicios sin algún tipo de discriminación, respetando ante todo la dignidad del individuo, debe contemplar siempre los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía, la vulnerabilidad, la dignidad y la integridad siendo este último punto la base de nuestro trabajo como médicos familiares, ver al paciente como un todo y atender no solo la causa de consulta sino también sus acciones preventivas.

DISCUSIÓN

El Desarrollo Sostenible busca satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones del futuro, contando con tres factores claves: sociedad, economía y medio ambiente. Es imperativo responder a estos rubros proporcionando una con calidad centrada no solo en la patología de base si no en la totalidad de atenciones preventivas como método de asegurar desde primer nivel, desde nuestra trinchera el avance en cada una de las metas planteadas.

El calificar el avance en México en la variable de tasa de mortalidad materna, al corte de 2019 reporta en regiones desarrolladas es de 12 en tanto que en países en desarrollo es de 239, México tiene una tasa de mortalidad de 67 muy por debajo del promedio mundial punto en el cual si se cumple con lo planteado en la agenda 2030 de la OPS, sin embargo en esta misma agenda se planteaba para el 2020 la meta ambiciosa de tener la reducción a la mitad en el número de muertes por accidente de tráfico, y en México paso de encontrarse fuera de las 10 primeras causas a ser la séptima causa de muerte para 2023, teniendo al corte de enero-junio 2022 18258 muertes, lo cual rebasa ya en solo 6 meses el total del año 2021, registro que parece indicar va en aumento y no cumple ni en poco el objetivo planteado, esto nos habla de que no podemos decir que se ha cumplido en nuestro país lo planteado por las metas de desarrollo sostenible, y que se deberían redireccionar algunas estrategias para dar el cumplimiento a la totalidad de estas



FIGURA 2. EDUCACION DE CALIDAD

CONCLUSIONES

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y ofrecer calidad en la atención de salud son metas fundamentales para el desarrollo sostenible, la Agenda 2030 ofrece una visión orientadora de la acción regional y global para un futuro sostenible y sus objetivos presentan oportunidades sin precedentes para promover la salud y reducir desigualdades al situar la salud en el centro de la formulación de políticas públicas. Nuestra labor como médicos familiares es contribuir al avance de estas metas priorizando la calidad en la atención de nuestra consulta, es imprescindible entender que para evitar tanto enfermedades transmisibles, crónicas y de trabajo, se debe partir de la prevención y de la salud integral, los ejes rectores de la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son la base para lograr este objetivo.

Tenemos que ir más allá, así como a escala mundial se identifican áreas de oportunidad y enfoques multisectoriales para alcanzar las metas acordadas, nosotros podemos identificar las causas de por qué los indicadores de nuestra unidad y el sistema de salud no está en las metas planteadas, plantear un liderazgo accional y proponer desde nuestra área laboral o administrativa el marco a seguir para facilitar esta garantía de cobertura universal, calidad en la atención y metas más altas en materia de desarrollo sostenible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lámala FR, Bravo LA, América Latina y los objetivos de desarrollo sostenible: Análisis de su viabilidad, Revista de ciencias sociales 2020; 25(1):12-24.
2. Información Regional de la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas; Organización Panamericana de la Salud 2020
3. Romero-Chávez, Edith, Contreras-Estrada, Daniela, & Cantú-Quintanilla, Guillermo. (2020). Quality of medical care from a bioethical point of view in an ophthalmological hospital in Mexico City. Acta bioética, 25(2), 235-242.
4. Bravo MM, Objetivo de Desarrollo Sustentable 4, Educación y el Sars-cov.2 en México, Mitologías hoy revista de pensamiento critica estudios literarios latinoamericanos, 2022; 25 (1): 1.14
5. Plan Nacional de desarrollo 2019-2024, <https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf>



PUBLICA CON NOSOTROS

**ENVÍANOS TU TRABAJO CON NOMBRE,
TELÉFONO Y RESEÑA CURRICULAR A**

AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM



ESPECIFICACIONES

Resúmenes

Archivos en WORD

Título: 12 a 15 palabras.

Resumen: Introducción, Objetivo, Métodos y Resultados y bibliografía.

Máximo 300 palabras sin tomar en cuenta referencias ni título

(Preferentemente que se usen la mayoría de las letras en resultados).

Al menos una figura, máximo 2.

Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver.

De 5 a 10 referencias.

Casos clínicos

Archivos en Word.

Título: 12 a 15 palabras.

Máximo 1000 palabras, sin tomar en cuenta referencias ni título.

Introducción, caso clínico y discusión.

Consentimiento informado.

Al menos una figura, máximo 2.

Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver

De 5 a 10 referencias.

Entrevistas

Archivos en Word

Título: 12 a 15 palabras.

Máximo 1000 palabras, sin tomar en cuenta referencias ni título.

Introducción, caso clínico y discusión.

Al menos una figura, máximo 2.

Experiencia médico familiar (Way-Nakay)

Archivos en Word.

Título: máximo 20 caracteres.

Extensión mínima de 1 cuartilla máxima 3 cuartillas. (400 – 1200 palabras)

Menos una figura, máximo 5.

Revisión

Archivos en Word.

Título: 12 a 15 palabras.

Extensión mínima de 2 cuartilla máxima 4 cuartillas.(800 – 1600 palabras.)

Cuerpo de trabajo: Introducción, metodología, desarrollo, discusión y conclusiones.

Bibliografía actualizada en formato Vancouver.

Al menos una figura, máximo 3.

De 5 a 10 referencias.

Reseña cultural

Archivo en Word.

Título: máximo 20 palabras

Extensión máxima de 2 cuartilla (1000 palabras).

Al menos una figura, máximo 3.

¿TE GUSTARÍA PARTICIPAR COMO EDITOR DE TEXTO O GRÁFICOS?

ESCRÍBENOS A:
AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM

Y ÚNETE A AMEYALI



XII CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

"LA FORMACIÓN DEL
MÉDICO FAMILIAR EN LA
NUEVA ERA"

- ✓ 4, 5 y 6 de Noviembre
- ✓ Facultad de Medicina UNAM



XII CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

“La formación del médico familiar en la nueva era”

Doctores invitados:



DRA. B. EUGENIA JUARES MORA

“Abordaje integral de sobrepeso y
obesidad”



DR. EDUARDO SOSA TINOCO

“Quitando estigmas del Alzheimer-
Dementia Friends”



4, 5 Y 6 NOVIEMBRE
9:00-17:00 HRS



**FACULTAD DE
MEDICINA, UNAM**

XII CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

“La formación del médico familiar en la nueva era”

Doctores invitados:



DR. BRANDO JAVIER CANTU LOZANO

“Conociendo Movimiento Waynakay
(Ameyali)”



DRA. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

“La importancia de los determinantes sociales
en la atención integral de los pacientes”



4, 5 Y 6 NOVIEMBRE
9:00-17:00 HRS



**FACULTAD DE
MEDICINA, UNAM**

Y MUCHO MÁS..



INDIRA MENDIOLA PASTRANA

- MÉDICO FAMILIAR
- SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES
- EDITORA REVISTA AMEYALI

"ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA FAMILIAR"

**Sesión mensual
Comisión editorial.**

**30 de octubre del 2024
21:00 hrs**

NUEVA PÁGINA WEB

<https://www.ameyalimf.com>



[Inicio](#) [Contacto](#) [Acerca de](#) [Hemeroteca](#)

Revista Ameyali

Por médicos familiares, para médicos familiares.