



REVISTA AMEYALI

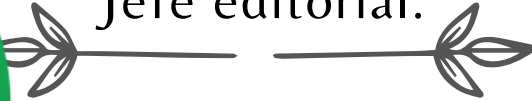
DE MÉDICOS FAMILIARES PARA MÉDICOS FAMILIARES

MAYO 2024



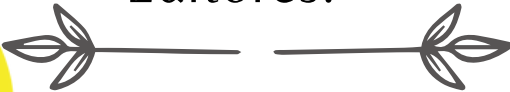
EDITORIAL

Jefe editorial.



Zorina Estefania Ortega Sosa.

Editores.



Indira Mendiola Pastrana.

Jhordy Tovilla Aguilar.

Nallely Dolores Guerra Olivares.



INDICE

- ¿Cuándo y cómo escoger una especialidad? 3
- Síndrome metabólico en la infancia y la
adolescencia. 8
- 10 años de Ameyali en el XXIV Congreso
Nacional de Medicina Familiar. 16
- Hígado graso no alcohólico. 23
- Calidad de vida del personal sanitario en la
atención primaria . Pinar del Rio 2023. 28
- Trabajo en conjunto, ciencia y religión. 29
- Cinefilia. 34

¿Cuándo y cómo escoger una especialidad?

Por: Miguel Angel Nuñez.

¿Qué escoger y cuál es la mejor especialidad? ¿Qué ocurre si no me especializo? éstas son las preguntas más comunes que se realizan los médicos de recién egreso.

La noción de los estudiantes de medicina respecto a las especialidades médicas se refiere a sus expectativas, a impersonales como la opinión del núcleo familiar, del contexto en el que se desarrollan y de las opiniones que nosotros como especialistas les inculcamos. Estos parámetros generalmente convergen en una sola recomendación: “Hacer una especialidad médica”.

Este planteamiento no se ha abordado, por tanto, el presente artículo pretende analizarlo a través de sus partes y actores que intervienen en la toma de decisiones.

La familia:

Es un componente importante en la toma de decisiones, no solo de la especialidad, sino incluso al estudiar la carrera de medicina. Ya sea porque uno o ambos padres son trabajadores de la salud, (pudiendo ser doctores, enfermeras, camilleros, u otro personal afín) o porque sus hijos son orientados desde pequeños a pertenecer al gremio. En ocasiones, también se les repite que escojan la misma especialidad relacionada a la actividad de otro miembro familiar.

El estatus que conlleva ser un hijo médico trae consigo una presión psicológica para los estudiantes, que se agravaría al cumplir las expectativas familiares por el deseo de realizar cierta especialidad que es requerida en el contexto familiar específico. Por otro lado, también puede implicar la realización de un sueño frustrado por parte de otro miembro familiar.

La sociedad:

Actualmente, el factor social también juega un rol preponderante, el realizar una especialidad es sinónimo de éxito. Por lo que, el no llevarla a cabo desvalora y desmerita al médico general. La sociedad muestra cierta predilección por recibir atención médica de un especialista antes que aquella que le puede brindar un médico general, incluso ante patologías que pueden ser valoradas y manejadas por médicos generales tan virtuosamente como cualquier especialista. Y hasta darle un toque de abordaje integral.

Los médicos especialistas

Por último y no menos importante, mencionaré a nosotros los especialistas. En primer lugar, los especialistas que forman médicos tienden a repetir la pregunta: ¿Qué especialidad quieren? esta pregunta se hace múltiples veces desde inicios de la licenciatura hasta el último día del servicio social. Aunque, la intención no es presionar a los estudiantes, desde ese momento inconscientemente sembramos la idea del requerimiento de realizar una especialidad para terminar la formación médica y de la infravaloración del médico general. En esta línea ideológica sesga el aprendizaje durante la carrera, ya que al centrarse en una especialidad desde inicios de la formación puede no presentarse la suficiente atención a temas distintos a la especialidad deseada.



Existen múltiples factores que presionan a los médicos egresados para realizar una especialidad.

¿Cuándo y cómo escoger especialidad?

Desde el punto de vista psicológico y docente, el mejor momento para escoger una especialidad es durante el internado. Solo hasta este punto de su vida como profesionales de la salud experimentarán de primera mano las posibles especialidades que pueden elegir (o no). Además, si el enfoque es el adecuado durante ese año pueden desarrollar 4 puntos que les ayudarán a una mejor y más asertiva toma de decisión en cuanto a la especialidad médica.

1)¿Qué me gusta?

2)¿Qué no me gusta?

3)¿Para que tengo habilidad?

4)¿Para qué no tengo habilidad?

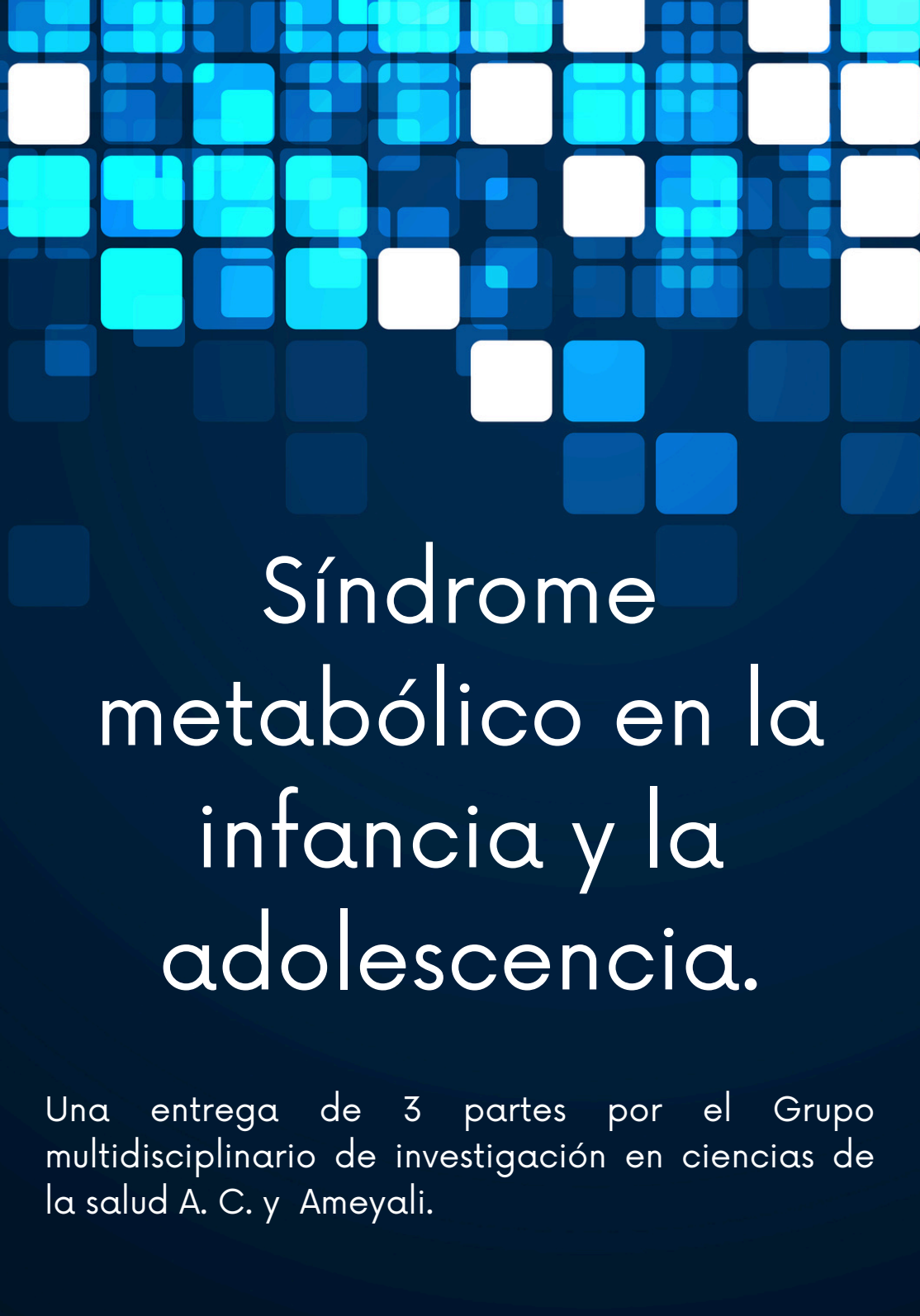
Un médico especialista con las habilidades requeridas para su profesión tendrá la perspicacia y tenacidad para realizar la aceptación a la residencia y cruzar los años de formación, lo que probablemente lo convierta en un excelente médico. Un médico que le guste cierta especialidad pero que no cuente con las habilidades necesarias, tal vez sufra un poco más para ejercer como especialista.

Hay ocasiones en las cuales los médicos son habilidosos, sin embargo, no son atraídos a la especialidad, es como si no hicieran “click”. En este tipo de casos los jóvenes estudiantes pueden llegar a ser presionados por otros médicos que admirarán sus habilidades; lo que provocaría que el médico joven decida inclinarse hacia esa especialidad, aunque no sea su primer deseo. Esto a largo plazo puede relacionarse con sentimientos de frustración, abandono y de infelicidad laboral.

Es imperativo empezar a cambiar la óptica de la participación del médico general en nuestra realidad. Empoderar a los médicos generales, reconocerlos y enfatizar que el simple hecho de graduarse como médico general ya es un logro que no debe ser menospreciado. Abrir la mente al entendimiento que la especialidad no es el único camino disponible, sino que hay otras ramas laborales en las que los médicos nos podemos desarrollar profesionalmente.

Por último, quisiera decir, que espero que cada médico, especialista o no, estudiante o no, que lea estas líneas, piense en su propia vida, en su propio camino, que se detenga a meditar que está haciendo y porqué lo está haciendo. Y si ya tiene una especialidad reflexionar su papel en esta problemática y trabajar en eso.





Síndrome metabólico en la infancia y la adolescencia.

Una entrega de 3 partes por el Grupo multidisciplinario de investigación en ciencias de la salud A. C. y Ameyali.

Por: Armando Camilo Hernandez Contreras.

Introducción

La morbi-mortalidad mundial actual es el resultado de complicaciones de las enfermedades identificadas como crónicas no transmisibles (ECNT), que representan el 74% del total de defunciones. Las cuatro principales ECNT son las enfermedades cardiovasculares (ECV) con 17.9 millones de muertes, el cáncer (CA) con 9.3 millones de muertes, las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC) con 4.1 millones de muertes y la diabetes (DM2) con 2.0 millones de muertes. Al menos 2 de las causas más frecuentes de la morbi-mortalidad están cercanamente relacionadas con el Síndrome Metabólico (SM).

Para la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), el SM se caracteriza por la presencia de resistencia a la insulina y adiposidad de predominio visceral. El Consenso Mexicano sobre el tratamiento Integral del Síndrome Metabólico (CMTISM) y la ALAD definen como diagnóstico contar con al menos una de las siguientes patologías: sobrepeso-obesidad (SO) (especialmente la de distribución central), la hipertensión arterial sistémica (HTA), la dislipidemia, acantosis nigricans, la intolerancia a la glucosa, la diabetes, antecedente de productos macrosómicos, el síndrome de ovarios poliquísticos, el hígado graso y a la hiperinsulinemia.

La hiperglucemia persistente, se asocia a alteraciones del metabolismo de los lípidos y las proteínas, lo que ocasiona incremento en la masa grasa, lípidos sanguíneos y glucosa sérica, lo que conlleva a alteraciones metabólicas persistentes, ocasionando resistencia a la insulina. Mayor riesgo de desarrollar alteraciones macro y microvasculares como la disfunción endotelial y aterosclerosis, por lo que se asocia a ceguera, insuficiencia renal, pie diabético, disfunción eréctil, HTA , IAM y EVC entre otros.

En la tabla 1 se resume la asociación de factores de riesgo encontrado en el estudio de Orea Tejeda y colaboradores, en 9,564 pacientes atendidos en diversos Centros de Salud de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.

<i>Enfermedad</i>	<i>Obesidad</i>	<i>Dislipidemia</i>	<i>Diabetes</i>	<i>HTA</i>	<i>IAM</i>
<i>Obesidad</i>		12.8	23.7	44.6	3.0
<i>Dislipidemia</i>	39.5		38.9	58.4	4.7
<i>Diabetes</i>	30.9	16.3		42.2	3.5
<i>HTA</i>	37.9	16.0	29.5		4.1
<i>IAM</i>	36.8	19.6	34.7	62.9	

Tabla 1. Comorbilidades de factores de riesgo para ECNT (porcentajes).

De esta tabla se desprende que, las dislipidemias tienen el mayor peso como factor de riesgo para todas las ECNT, excepto para el Infarto Agudo al Miocardio (IAM). Sin embargo, es la HTA la que más se asocia al IAM y está a su vez, tiene la mayor asociación con la dislipidemia (58.4%), por lo que se puede establecer una asociación secuencial de la siguiente forma: obesidad-dislipidemia-HTA-IAM.

En los últimos años se ha visto que este tipo de enfermedades no es únicamente de adultos, sino que empieza a presentarse frecuentemente en niños y adolescentes.

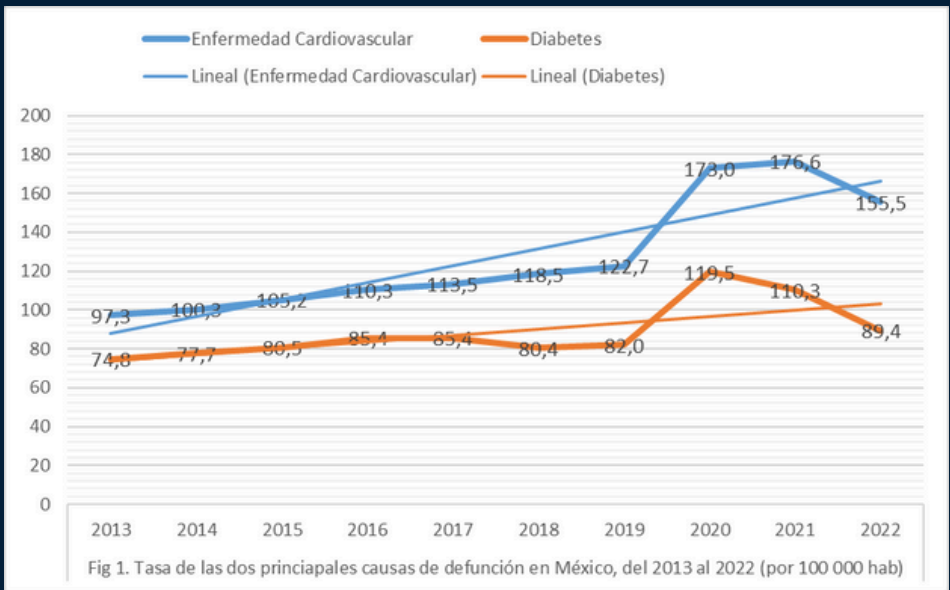


Fig 1. Tasa de las dos principales causas de defunción en México, del 2013 al 2022 (por 100 000 hab)

Gráfica de elaboración propia. Fuente: INEGI. Estadísticas de defunciones registradas. Comunicado de prensa Núm. 644/23 31 de octubre de 2023.

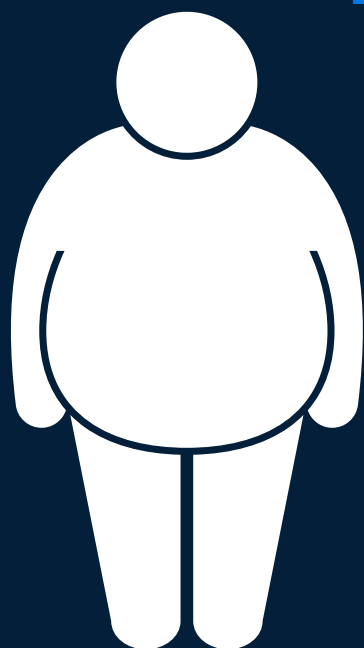
El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que, en el año 2022, se registraron 847 716 defunciones de las cuales, las cinco principales causas de muerte fueron: ECV, DM2, CA, enfermedades del hígado y la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19). De las ECV, la enfermedad isquémica del corazón (SICA) presentó una tasa de 155.5/100 000 h y la tendencia va en aumento como lo muestra la figura 1.

Esta revisión entregada en varios números de la revista Ameyali, tiene como finalidad, presentar la evidencia disponible del SO, HTA , DM2 y dislipidemias en población pediátrica, incluida la información obtenida en investigaciones que hemos realizado por el grupo de investigación del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas (ISSSTE Comitán) y el Grupo Multidisciplinario de Investigación en Ciencias de la Salud A. C. (GRUMOINCISA).

Sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso-obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone es perjudicial para la salud” y es el resultado del desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico lo que conlleva al aumento de grasa corporal.

La OMS informó que el SO en niños y adolescentes de 5 a 19 años se incrementó del 8% al 20% en 2022. En México, la prevalencia de SO en población infantil es superior al 33%. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2028-2019 (ENSANUT2018) informó una prevalencia de SO del 6.8%, 35.5% y 38.4% en menores de 5 años, de 5 a 11 años y de 12 a 19 años, respectivamente.

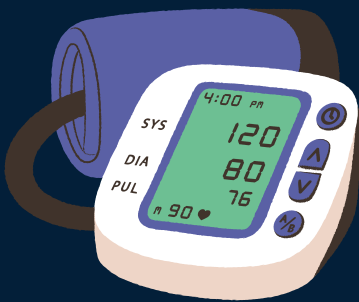


Hipertensión arterial sistémica

La HTA es poco reconocida en la población pediátrica de tal manera que las diferentes ENSANUT solo hacen mención que esta enfermedad ha tenido un incremento del 16.6% al 18.4% en mayores de 20 años de edad, del año 2012 al 2018.

En nuestra investigación se encontró hipertensión sistólica y diastólica en 4.6% y 9.1% respectivamente.

En Pediatría, la mayoría de los casos de hipertensión, son el resultado de enfermedades genéticas, de suprarrenales, cardiopatías o nefropatías, sin embargo, es cada vez más frecuente la hipertensión esencial relacionada con el SM



Dislipidemia

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de colesterol total (CT), triglicéridos, colesterol de alta densidad (HDLc) y colesterol de baja densidad en sangre (LDLc).

En las diferentes encuestas de salud y nutrición realizadas en México no se reporta la prevalencia de dislipidemias en la población infantil y adolescente. En nuestro estudio se encontró que el 92.8% de esta población presentó algún tipo de trastorno del metabolismo de los lípidos 15, predominando la hipoalfalipoproteinemia (78.9%) y la hipertrigliceridemia (52.8%). Es importante destacar que la dislipidemia aterogénica (asociación de hipertrigliceridemia con hipoalfalipoproteinemia) alcanzo el 33.3%.

Al igual que las otras patologías que se exponen en este artículo, los principales factores causales de dislipidemias, son los socioeconómicos y ambientales los que ejercen una influencia decisiva en la expresión de los factores biológicos.

Diabetes

Esta enfermedad se caracteriza por la persistencia de concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a una producción insuficiente de insulina o a una deficiente acción de la misma y se acompaña de alteraciones de los carbohidratos, lípidos y proteínas.



Sus manifestaciones clínicas (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) permiten sospechar su presencia y se confirma cuando se encuentra hiperglucemia igual o superior a 200 mg/dl en cualquier momento del día y sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.

La Federación Internacional de Diabetes estima que la prevalencia ajustada de DM2 en las Américas, es superior a 9.2% en los adultos mayores de 20 años. En una revisión realizada por García-Bruce se reporta que la DM2 en adolescentes varía entre 10-45%. La prevalencia de DM2 en México, se ha incrementado en adultos mayores de 19 años, de 9.2% en 2012 a 10.3% en 2018 14 y se prevé que para el año 2025 alcance el 12.2%.

A excepción de la ENSANUT 2012 en la que se encontró una prevalencia del 0.68% de DM2 en adolescentes, las demás ENSANUT no han incluido a la población pediátrica, excluyéndola del escrutinio sistemático.

Esta enfermedad es el resultado de una compleja asociación de factores en la que la herencia tiene un importante papel, pero la intervención factores externos relacionados con estilos de vida no saludables son determinantes para su expresión clínica.

Conclusiones

Con excepción del SO, las demás afecciones descritas en este artículo han llamado poco la atención de los investigadores sin embargo, en la actualidad existe suficiente evidencia de que la resistencia a la insulina y el proceso ateromatoso se inician en edades tempranas, durante la niñez e incluso desde el periodo gestacional. Es por ello, que el diagnóstico oportuno de estos trastornos en niños y adolescentes tiene gran importancia, como medio para la detección de individuos potencialmente portadores del SM, cuyo tratamiento oportuno favorecería la reducción de la incidencia y mortalidad por ECV, DM2, ceguera, hígado graso e insuficiencia renal, entre otras.

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. OPS. La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos de NMH. Organización Panamericana de la Salud; 2021. En: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>. Consultado: 18/03/2024.
5. Rosas GJ, González ChA, Aschner P, Bastarrachea R. Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos 2010. 18 (1).
6. Consenso Mexicano sobre el Tratamiento Integral del Síndrome Metabólico. Rev Mex Cardiol 2002; 13 (1): 4-30.
7. 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.
8. Orea TA, Castillo ML, Ortega SA, González TR, Morales-Olivera JM, Barrera PF. Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardíaca en la ciudad de México. Med Int Mex 2005; 21:18-24.
9. Hernández-Contreras AC, Cruz-Cruz JP, Irecta-Nájera CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la infancia y la adolescencia como escenario de riesgo. En: Álvarez Gordillo GC. Condiciones de salud pública en la región fronteriza México-Guatemala. ECOSUR 2020; 170-190.
10. INEGI. Estadísticas de defunciones registradas. Comunicado de prensa Núm. 419/23 26 DE JULIO DE 2023. En: Consultado: 24/03/2024. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
11. INEGI. Estadísticas de defunciones registradas. Comunicado de prensa Núm. 644/23 31 de octubre de 2023. En: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf>. Consultado: 24/03/2024.
12. Organización mundial de la salud. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 2017. En: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>. Consultado: 15/03/2024

10 AÑOS DE AMEYALI EN EL XXIV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR



RELATORIA POR LUIS ALFREDO CANTOR ALVARADO

El XXXIV Congreso Nacional de Medicina Familiar, que tuvo lugar en Villahermosa, Tabasco, comenzó el miércoles 22 de mayo del año en curso con las actividades precongreso. Sin embargo, el ambiente festivo y académico se inició dos días antes con la llegada de los primeros congresistas y equipos de trabajo, quienes se reúnen anualmente para este evento. En este sentido, cabe destacar la participación de la Dra. Wendy Tamayo, nuestra coordinadora de reclutamiento, por su labor dentro de la mesa directiva del Colegio de Medicina Familiar de Tabasco y como una de las organizadoras de este magno evento.



Mesa directiva de Ameyali participando en el taller.

Como viene ocurriendo desde hace un par de años, nuestro movimiento Ameyali Waynakay México participó en un taller precongreso titulado “¿Qué clase de médico eres? Empático o apático”, presentado por miembros de la mesa directiva, encabezados por el Dr. Luis Alfredo Cantor, junto con la Dra. Nallely Dolores Guerra, la Dra. Marien Córdoba y la Dra. Wendy Tamayo. La sala del taller estuvo llena, con aproximadamente 50 congresistas, entre los cuales se encontraba la Dra. Dora Patricia Bernal, presidenta de la CIMF. La actividad tuvo una muy buena acogida, con una participación activa y reflexiones finales motivadoras tanto para el público como para los ponentes. Antes de concluir, se presentó Ameyali como movimiento, compartiendo información sobre proyectos futuros, como cursos y el congreso nacional de residentes.

A medida que avanzaban las actividades, se fueron sumando más compañeros del movimiento provenientes de diversas zonas del país, iniciando la convivencia durante el evento de bienvenida del congreso. Esta fue una oportunidad para saludar a viejos amigos, hacer nuevos y compartir impresiones de forma presencial.

El segundo día del congreso, el jueves 23 de mayo, tuvo lugar la inauguración oficial, a la cual asistimos como invitados especiales a través del Dr. Luis Alfredo Cantor, presidente de la gestión actual. Se inició la presentación y evaluación de los carteles de trabajos libres presentados por médicos residentes y familiares de todo el país. En estas actividades, nuestro movimiento tuvo una excelente representación, con las Dras. Martha Gómez y Meribeth Corona presentando sus trabajos de investigación y los Dres. Eduardo Tovar, Marien Córdoba, Isabel Favela y Jessica Riquetti como evaluadores. Estas actividades continuaron hasta el día siguiente.



Dra. Martha Gabriela Gómez Nieves



Dra. Meribeth Corona exponiendo su trabajo.



Dra. Favela y Córdoba calificando trabajos libres.

Ese mismo día, el Dr. Luis Barajas ofreció el taller “Lectura crítica y desarrollo del conocimiento”, que también contó con una buena afluencia y participación de los congresistas, gracias a su presentación didáctica y abierta.



Ponencia de Dr. Barajas.

Durante los eventos del congreso nacional, se realizó la asamblea general de la Federación de Especialistas y Residentes de Medicina Familiar, compuesta por la mesa directiva y los presidentes de las diferentes asociaciones que constituyen la Federación. En esta reunión, acudimos por primera vez como invitados especiales para observar y presentar una propuesta a la asamblea: la creación del "Premio Nacional de Residentes Dra. Georgina Farfán Salazar". Este proyecto, fruto de varios meses de trabajo conjunto con la mesa directiva de la federación, abarcó desde las bases que regirán el premio, su evaluación, nombre y entrega, con reconocimientos por parte de la federación y de Ameyali. Contamos con el respaldo de varios miembros de la asamblea que han formado y forman parte de Ameyali, resultando en su aprobación y futura presentación oficial.



Dr. Cantor y Dra. Guerra. Presidente y vicepresidente de Ameyali. Participando en la asamblea de la Federación.

El día estuvo lleno de actividades para nuestros compañeros del movimiento y terminó de la mejor manera posible, con la celebración de los 10 años de la creación e inicio de Ameyali Waynakay México, a través de un conversatorio. Tuvimos el honor de contar con los miembros fundadores de nuestro movimiento, como el Dr. Félix Arciniega, la Dra. Elizabeth Hernández, la Dra. Mariana Pacheco, la Dra. Dulce Rivera y el Dr. Víctor Juárez, así como con nuestro expresidente, el Dr. Brando Javier. A través de diversas preguntas, compartieron sus experiencias, la historia del nacimiento, la evolución, los logros obtenidos e invitaron a seguir adelante, siempre superándonos para engrandecer nuestro querido grupo.

También nos recordaron que, sin importar las barreras o puertas cerradas, siempre encontraremos nuevos caminos y oportunidades. Sin duda, fue una sesión motivadora para todos los presentes y quienes siguieron la transmisión vía Zoom. La Dra. Dora Patricia Bernal también participó, transmitiendo felicitaciones y reconocimiento tanto a nuestros fundadores como a los miembros actuales de Ameyali, exhortándonos a continuar con nuestras actividades y mantener el amor por la especialidad desde la residencia y los primeros años como médicos familiares. Finalizamos con una foto grupal, vistiendo playeras y dijes conmemorativos de los 10 años de Ameyali Waynakay.



Dr. Victor Jarez, Dra. Elizabeth Hernández, la Dra. Mariana Pacheco, Dr. Felix Arcieneg y la Dra. Dulce Rivera.



Participación Dra. Bernal.





Dra. Zorina Estefania Ortega Sosa

El tercer día del congreso, viernes 24 de mayo, asistimos a diversas ponencias y talleres del programa académico, mientras continuaba la evaluación de carteles. Estas actividades permitieron dar a conocer nuestro movimiento a nuevos compañeros y residentes de todo el país.

Ese día también destacó la conferencia de la Dra. Zorina Ortega, titulada "Duelo no autorizado: la pérdida de los acompañantes no humanos", que recibió una increíble respuesta del público. La presentación captó la atención y generó comentarios y participación al final, mostrando interés en temas que iluminan estos importantes vínculos no sólo para los pacientes, sino también para su entorno familiar. El entusiasmo e interés fueron tales que, al término del tiempo designado, se buscó una mayor interacción mediante preguntas y comentarios.



Ponencia "El duelo desautorizado, la pérdida de acompañantes no humanos"

En el último día del congreso, sábado 25 de mayo, asistimos a las conferencias magistrales que cerraron las actividades académicas, seguida de la ceremonia de clausura. En esta, se premiaron los trabajos presentados en carteles y orales de investigación, y nos llevamos la grata sorpresa de que la Dra. Meribeth Corona obtuvo el primer lugar en ambas categorías con su trabajo. Durante este acto protocolario, se entregaron premios como el Premio Nacional "Dr. José Ramón Narro Robles" y los premios "Dr. Carlos Ernesto Varela Rueda" a la asistencia, docencia e investigación, destacando el apoyo a los médicos jóvenes y sus logros en todo el país. El premio "Dr. Carlos Ernesto Varela Rueda" en su categoría de asistencia fue otorgado al Dr. Mixalis Rosas Ramos, un médico familiar joven, a quien felicitamos y reconocemos por su vocación de servicio, así como por sus actividades, trabajos y logros. Esperamos colaborar pronto con el Dr. Rosas Ramos. Por último se hizo la presentación oficial del Premio Nacional de Residentes "Dra. Georgina Farfán Salazar" siendo la primera entrega de este en el próximo congreso nacional a celebrarse en mayo 2025 en la ciudad de Veracruz. El XXXIV Congreso Nacional de Medicina Familiar concluyó dejando nuevas amistades, relaciones académicas y laborales, enriquecedoras y motivadoras. La gran participación de médicos familiares, residentes y recién egresados impulsa a seguir trabajando con amor y pasión por la medicina familiar.



Dra. Corona, primer lugar en trabajos libres.



Dr. Mixalis Rosas.

Hígado graso no alcohólico.

Por Martha Gabriela Gomez Nieves

Introducción

La Enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es el término general para una variedad de enfermedades en las que la esteatosis está presente en más del 5% de los hepatocitos, excluyendo el consumo excesivo de alcohol.

La esteatosis hepática, se reconoce como una patología metabólica y hepática importante. Se considera el componente hepático del síndrome metabólico (SMet) y su prevalencia se ha incrementado a la par de la obesidad, la diabetes mellitus tipo2 (DM2), la dislipidemia y el propio SMet. Todas estas representando una carga individual y socioeconómica significativa.

Su espectro clínico y patológico puede evolucionar de la esteatosis simple a la esteatohepatitis, a la cirrosis y al carcinoma hepatocelular (CHC). Debido a la creciente epidemia mundial de obesidad y diabetes, se espera que en breve la EHGNA será la principal causa de CHC y la primera indicación de trasplante hepático.

Epidemiología

Su prevalencia en la población general se estima entre el 17 y el 46%, con algunas diferencias dependiendo de variables como el método de diagnóstico que se utilice, la edad, el sexo y el origen étnico de los grupos estudiados. Las tasas más altas se reportan en América del Sur y Medio Oriente, seguidas de Asia, Estados Unidos y Europa. En México la prevalencia reportada en la población general asintomática es del 17.1%. Se ha observado que es más frecuente en el sexo masculino, en mayores de 50 años y en población de origen mexicano. Los reportes sobre la incidencia son escasos. Se ha estimado una cifra de 20-86/1,000 personas-año basada en la elevación de las enzimas hepáticas y/o en ultrasonido.

Factores de riesgo

Condiciones relacionados con EHGNA: sexo, etnia, dietas ricas en grasas saturadas, consumo de carbohidratos, apnea del sueño, obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión, deficiencia de vitamina D, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo .

Fisiopatología

En presencia de una acumulación significativa de lípidos en los hepatocitos y de resistencia a la insulina sistémica y hepática, existen múltiples alteraciones metabólicas coincidentes que conducen a un desequilibrio entre la producción de radicales libres del intestino y el tejido adiposo y los mecanismos de protección antilipotóxicos del hígado. Los mecanismos fisiopatológicos implicados en esto incluyen el estrés del retículo endoplásmico (RE), la generación excesiva de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la disminución del catabolismo de los ácidos grasos que conducen a un estado proinflamatorio 9. (Figura 1)

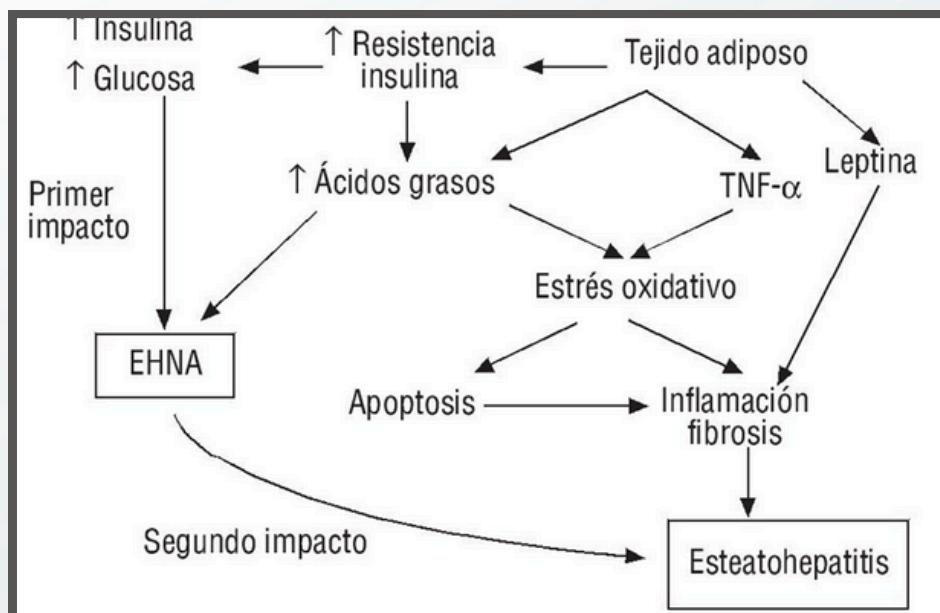


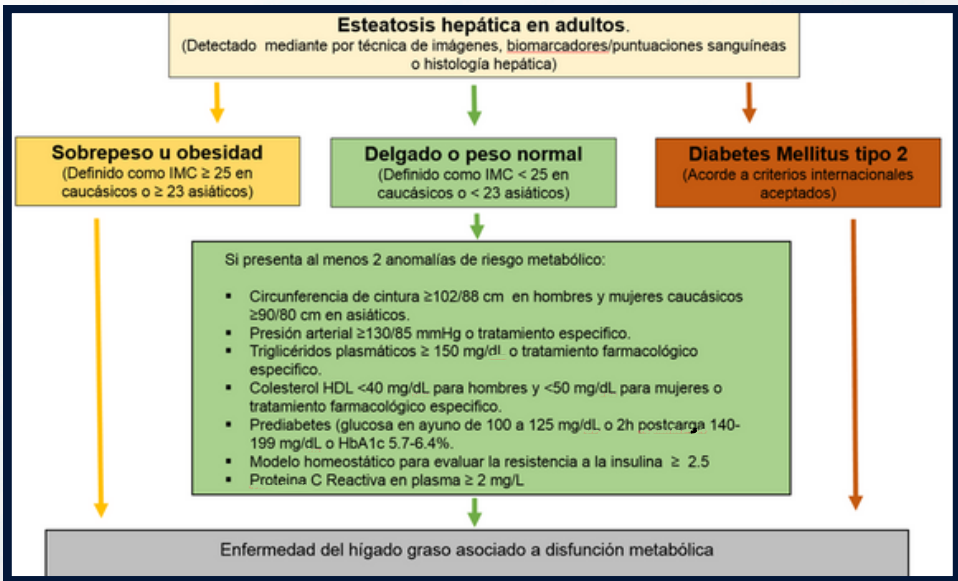
Figura 1 . Caballería Rovira L, Torán Montserrat P, Auladell Llorens MA, Pera Blanco G. Esteatosis hepática no alcohólica. Puesta al día. Aten Primaria [Internet]. 2008 [citado el 10 de mayo de 2024];40(8):419–24.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Anteriormente se mencionaba que los pacientes eran asintomáticos, sin embargo, actualmente la evidencia respalda que la EHGNA puede aparecer como parte de una serie de eventos biológicos, culminando en el desarrollo de SMet o sus características clínicas.

En pacientes con factores de riesgo (obesidad, DM2 y/o SMet) se recomienda escrutinio mediante ultrasonido abdominal y/o pruebas de función hepática (AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina) como una estrategia valiosa para el diagnóstico temprano de esteatosis hepática.

Los criterios propuestos para un diagnóstico positivo de EHGNA se basan en histológico (biopsia), imágenes o evidencia de biomarcadores sanguíneos de acumulación de grasa en el hígado (esteatosis hepática) además de uno de los siguientes tres criterios: sobrepeso/ obesidad, presencia de diabetes mellitus tipo 2 o evidencia de desregulación metabólica. (Figura 2)



Eslem M, Newsome PN, Sarin SK, Anstee QM, Targher G, Romero-Gomez M, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol* [Internet]. 2020;73(1):202-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2020.03.039>.

Tratamiento

No farmacológico

La modificación del estilo de vida, incluidos cambios en la dieta, actividad física e intervenciones para perder peso, son el tratamiento de primera línea. Algunas directrices existentes sugieren una restricción de energía de 1200 a 1500 kcal/día o una reducción de 500 a 1000 kcal/día para lograr la pérdida de peso. Otros componentes dietéticos beneficiosos, incluyen el omega-3, el café, naranjas, los limones y el jugo de uva.

Farmacológico

Los agentes farmacológicos se dirigen predominantemente a cuatro mecanismos.

1. Acumulación de grasa hepática: pioglitazona, agonistas GLP-1, inhibidores de SGLT2, estatinas
2. Estrés oxidativo, inflamación y apoptosis: vitamina E (800 UI/día), ácido ursodesoxicólico.
3. Eje intestino-hígado, incluidos ácidos biliares, microbiomas intestinales y endotoxemia metabólica: ácido obeticólico.
4. Fibrosis hepática: medicamentos prometedores (dapaglifozina, oltipraz).



Conclusión

La enfermedad de hígado graso no alcohólico tiene una patogénesis compleja, además se encuentra íntimamente relacionada con diversas patologías. Es un gran problema de salud pública al ir en incremento su prevalencia, por tanto su búsqueda debe ser intencionada por médicos de primer nivel, ya que nos encontramos frente a una patología frecuente, pero poco diagnosticada. De esta manera se podrá diagnosticar de forma precoz e identificar pacientes de alto riesgo, candidatos a intervenciones, tales como cambios de estilo de vida (piedra angular del manejo). Actualmente no existe un fármaco específico aprobado para dicha enfermedad, contamos con fármacos que actúan sobre los distintos mecanismos fisiopatológicos.

Bibliografía

1. Guo X, Yin X, Liu Z, Wang J. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) Pathogenesis and Natural Products for Prevention and Treatment. *Int J Mol Sci.* 2022 Dec 7;23(24):15489. doi: 10.3390/ijms232415489. PMID: 36555127; PMCID: PMC9779435.
2. M.S. Kwak, D. Kim. Non-alcoholic fatty liver disease and lifestyle modifications, focusing on physical activity. *Korean J Intern Med.*, 33 (2018), pp. 64-74.
3. Thyfault JP, Rector RS. Exercise Combats Hepatic Steatosis: Potential Mechanisms and Clinical Implications. *Diabetes.* 2020 Apr;69(4):517-524. doi: 10.2337/dbi18-0043. PMID: 32198195; PMCID: PMC7085252.
4. Bernal-Reyes, R., et al. "The Mexican consensus on nonalcoholic fatty liver disease." *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)* 84.1 (2019): 69-99.
5. Unger LW, Forstner B, Muckenhuber M, Scheuba K, Eigenbauer E, Scheiner B, Pfisterer N, Paternostro R, Trauner M, Mandorfer M, Reiberger T. Hepatic Steatosis in Lean Patients: Risk Factors and Impact on Mortality. *Dig Dis Sci.* 2020 Sep;65(9):2712-2718. doi: 10.1007/s10620-019-06000-y. Epub 2019 Dec 24. PMID: 31875288; PMCID: PMC7419366.
6. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M., Hardy T., Henry L., Eslam M., George J., Bugianesi E. Carga global de NAFLD y NASH: tendencias, predicciones, factores de riesgo y prevención. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2018; 15 :11-20. doi: 10.1038/nrgastro.2017.109.
7. Ortega Chavarria María José, Cornelio Rodríguez Georgina, Rodríguez Weber Federico, Díaz Greene Enrique. Prevalencia del hígado graso no alcohólico y su asociación con alteraciones bioquímicas en una población mexicana asintomática. *Acta méd. Grupo Angeles [revista en la Internet].* 2020 Jun [citado 2024 Mayo 10]; 18(2): 127-132.
8. Kasper P, Martin A, Lang S, Kütting F, Goeser T, Demir M, Steffen HM. NAFLD and cardiovascular diseases: a clinical review. *Clin Res Cardiol.* 2021 Jul;110(7):921-937. doi: 10.1007/s00392-020-01709-7. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32696080; PMCID: PMC8238775.
9. Clare K, Dillon JF, Brennan PN. Reactive Oxygen Species and Oxidative Stress in the Pathogenesis of MAFLD. *J Clin Transl Hepatol.* 2022 Oct 28;10(5):939-946. doi: 10.14218/JCTH.2022.00067. Epub 2022 Jul 6. PMID: 36304513; PMCID: PMC9547261.
10. Wang L, Yi J, Guo X, Ren X. Associations between life's essential 8 and non-alcoholic fatty liver disease among US adults. *J Transl Med.* 2022 Dec 23;20(1):616. doi: 10.1186/s12967-022-03839-0. PMID: 36564799; PMCID: PMC9789599.

CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PINAR DEL RÍO, 2023

Autores: Linares P. Linares L, Pereda Y., Linares A., Pérez M.



Introducción: la dinámica del trabajo realizado por el personal sanitario en la Atención Primaria, hace que en ocasiones su calidad de vida se vea afectada, precisándose de una adecuada valoración de la misma. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida del personal sanitario que trabaja en la Atención Primaria. **Métodos:** estudio observacional, analítico, transversal, realizado en personal sanitario de dos unidades asistenciales de Atención Primaria, en Pinar del Río durante enero de 2023. De forma probabilística, aleatoria simple, fue seleccionada una muestra de 127 participantes, cumpliéndose los criterios de selección[IM1]. Se utilizó el cuestionario WHOQOL-bref para evaluar la calidad de vida y un cuestionario estructurado para la obtención de datos sociodemográficos. Se respetó la ética médica[IM2]. **Resultados:** se tuvo una media de 39.7 ± 12.4 , 52.5 ± 15.3 , 54.8 ± 21.0 y 37.7 ± 14.7 puntos en las dimensiones salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, respectivamente. Fueron reconocidas diferencias significativas en las medias de la dimensión salud física al valorar el estado civil ($p=0.011$), sexo ($p=0.047$) y color de piel ($p=0.017$). Se precisaron diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0.001$) al comparar las medias de todas las dimensiones en relación a la cantidad de veces a la semana que se duermen ocho horas diarias. Predominaron en la muestra los médicos residentes (45.7%). La edad ($r=0.172$) y el tiempo trabajando en el sector ($r=0.168$) mostraron una correlación débil y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la salud física; esta última se correlacionó de forma moderada con la salud psicológica ($r=0.569$) y el ambiente ($r=0.541$), y de forma débil con las relaciones sociales ($r=0.386$), siendo dichas correlaciones estadísticamente muy significativas ($p < 0.001$). La salud psicológica se correlacionó de forma positiva y moderada con las relaciones sociales ($r=0.611$; $p < 0.001$).

Variable [No. (%)]	Salud física X±SD	Salud psicológica X±SD	Relaciones sociales X±SD	Ambiente X±SD
Tiene hijos*	,114**	,001**	,003**	,023**
Si [47 (37.01)]	37,40±12,540	47,06±12,209	47,60±16,772	33,83±13,391
No [80 (62.99)]	41,01±12,206	56,23±15,888	59,09±22,173	39,96±15,098
Veces a la semana que duerme al menos 8 horas diarias***	,023**	,003**	,004**	,029**
> 4 veces [23 (18.11)]	46,65±10,598	58,13±13,663	65,17±19,579	44,43±12,075
3-4 veces [30 (23.62)]	39,30±15,916	58,20±18,180	52,30±17,989	36,63±18,770
1-2 veces [43 (33.86)]	38,09±10,490	51,37±14,480	57,72±23,803	38,53±10,227
Nunca [31 (24.41)]	37,06±10,810	45,74±10,994	45,61±16,762	32,55±15,939
Realización de ejercicios físicos*	,002**	,000**	,009**	,017**
Si [22 (17.32)]	47,09±12,379	66,32±14,552	65,45±23,452	44,50±16,379
No [105 (82.68)]	38,12±11,892	50,01±13,867	52,61±19,889	36,27±14,041
Presencia de tabaquismo*	,048**	,047**	,335**	,751**
Si [18 (14.17)]	34,33±7,364	46,22±11,740	50,39±27,908	36,67±11,109
No [109 (85.83)]	40,56±12,862	53,93±15,523	55,57±19,728	37,86±15,290
Hábitos dietéticos adecuados*	,259**	,057**	,006**	,002**
Si [11 (8.66)]	43,73±9,686	61,18±8,875	71,45±10,260	50,55±4,204
No [116 (91.34)]	39,29±12,598	52,04±15,508	53,26±21,123	36,47±14,804
Satisfecho con los ingresos económicos***	,047**	,006**	,013**	,000**
Si [7 (5.51)]	48,57±14,211	68,71±10,210	72,14±15,126	55,43±5,827
Parcialmente [9 (7.09)]	45,11±17,982	58,56±12,095	41,11±25,404	48,0±13,323
No [111 (87.40)]	38,68±11,544	51,37±15,133	54,86±20,307	35,74±14,195

Notas: * t-Student; ** p Valor; *** ANOVA de una vía

CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PINAR DEL RÍO, 2023

Autores: Linares P, Linares L, Pereda Y., Linares A., Pérez M.



Conclusiones: fue evaluada la calidad de vida del personal sanitario de la Atención Primaria, precisándose los factores que influyen en la misma. Es importante que se mencionen los principales criterios de selección. Considero que sería mejor referir que fue aprobado por el comité de ética e investigación en salud. Hace falta mencionar cual es la calidad de vida desde el punto de vista de clasificación de la calidad de vida, no solo el puntaje por dominios. La conclusión debe referir al cumplimiento del objetivo en función de los resultados obtenidos.

Referencia:

1. Nogueira JM, Míguez ER. La medición de la calidad de vida en Atención Primaria. *Cadernos de atención primaria* [Internet]. 2020 [citado 13/12/2023]; 26(3): 23-28. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2021/01/Agamfec_26_3-Para-saber-m%C3%A1s-calidade-de-vida.pdf
2. Machado Oliveira B, Nascimento Fontanive V. Análise da qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade. *Arquivos* [Internet]. 2021 [citado 13/12/2023]; 24(3): [aprox. 7 p]. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34668/24102>
3. Vidotti V, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, do Carmo Cruz Robazzi ML. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 13/12/2023]; 18(55): 344-376. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>.
5. Montero Vizcaíno YY, Vizcaíno Alonso MDC, Montero Vizcaíno Y. Factors involved in the quality of work life for nursing practice. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2020 Jun [citado 13/12/2023]; 49(2): e369. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000200014&lng=es
6. Orszulak N, Kubiak K, Kowal A, Czapla M, Uchmanowicz I. Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Oct 9 [citado 13/12/2023]; 19(19):12927. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912927>
7. de Paula JJ, Costa DS, de Oliveira Serpa AL, Silva AG, Pinheiro MIC, Malloy-Diniz LF, et al. Quality of Life of Health Care Professionals in Pandemic Times. *Clin Neuropsychiatry* [Internet]. 2021 Jun [citado 13/12/2023]; 18(3):113-118. Disponible en: <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210301>
8. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CDCM, Cardoso CL, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 May [citado 13/12/2023]; 22(5):1705-1716. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>



Trabajo en conjunto ciencia y religión.

Brigada médica Monseñor Juan José
Hinojosa Tamapatz, SLP 2024

“No temas cuando se nos llama a las misiones nos iluminan el camino
dándonos los medios para cumplirlas”.

Por: Nallely Dolores Guerra Olivares

¿Se preguntarán qué es esta Brigada médica Tamapatz y cómo se originó?

La brigada médica Monseñor Juan José Hinojosa tuvo su inicio en el año de 1995. Esta no inició como una brigada médica, más bien inició como misiones familiares predicando la palabra de Dios, fundada por Monseñor Juan José Hinojosa. Él iba a la Huasteca potosina porque ahí se encontraban los más pobres entre los más pobres. En una de sus misiones se dio cuenta de la gran carencia de servicios de salud que había, por lo cual empezó a convencer a médicos para que lo acompañaran. Comenzó con uno o dos médicos y posteriormente en el año 2000, fundó las brigadas médicas, las cuales brindan atención médica, mejoran la calidad de vida y otorgan consuelo a los más necesitados



¿Cuándo y quienes participaron?

Este año la brigada, se llevó a cabo del 19 al 22 de abril en Tamapatz, San Luis Potosí, organizada por la Dra. Marta Dávalos, Graciela Torres y el P. Heliodoro Ruiz Espinoza de Tamapatz. Dos días fueron de consulta y los otros dos de traslados. Se conformó un total de 77 brigadistas de diferentes profesiones. Entre las especialidades médicas con las que contó la brigada estuvieron: ginecología, pediatría, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, endocrinología, radioterapia, homeopatía y por supuesto, medicina familiar. También se contó con médicos generales, psicólogas, enfermeras y un terapeuta físico. Además del gran trabajo del equipo dental, el cual se conformó por odontólogos, odontología pediátrica, endodoncistas y perio-implantólogos. Estos junto con la ayuda de ingenieros montaron un consultorio con todo tipo de equipamiento dental. Por último, pero no menos importante, se contó con la ayuda de asistentes de diversas profesiones que se encargaron de organizar y dirigir a los pacientes, brindando una atención adecuada y humanista.

¿Qué se logró en la brigada médica?

Este año se otorgó atención a 1704 pacientes en los dos días, de los cuales 258 fueron de pediatría, 125 de otorrinolaringología, 457 de medicina familiar y general, 163 de traumatología, 202 de oftalmología, 89 de ginecología, 78 de psicología, 15 de rehabilitación, y por el servicio dental se otorgaron 94 atenciones pediátricas y 223 a adultos con un total de 2,705 procedimientos, desde limpiezas, resinas hasta endodoncias, coronas y procedimientos quirúrgicos. Además, se realizaron diferentes procedimientos como infiltraciones, drenaje de abscesos, papanicolaous, ultrasonidos pélvicos y obstétricos, extracción de tapones de cerumen y muchos procedimientos más. Todo esto no se pudo haber logrado sin el aporte material de los brigadistas, quienes se encargaron de llevar su material y equipo médico, así como de donativos. También se les otorgó a los pacientes kits de champú, jabón, jugos, snacks, alimentos y algún detalle mientras esperaban en las largas filas y/o la consulta y a los pacientes que no tenían calzado en buenas condiciones se les otorgaron tenis que se recopilaron mediante donativos.



La medicina familiar en acción en la Brigada Tamapatz 2024

Como médico familiar y miembro de Ameyali, tuve la oportunidad de acudir a esta gran experiencia en la cual pude aportar mi granito de arena para mejorar la calidad de vida de las personas de esta región. Es una experiencia inolvidable, porque no solo adquieres nuevos conocimientos y experiencias como médico al ver enfermedades que creíste nunca ver más que en los libros, sino que trabajas de manera transdisciplinaria codo a codo con otras especialidades. Podemos poner en práctica las habilidades de medicina familiar, dando atención no solo a población adulta sino también a población pediátrica, geriatría y ginecológica. Además, podemos utilizar nuestras habilidades educativas, ya que muchos de los pacientes requieren enseñanzas en el cuidado de su salud, así como aplicar la medicina preventiva y anticipatoria para mejorar la salud de los pacientes. Este tipo de acciones requiere mucha paciencia y empatía con los pacientes, ya que muchos de ellos no tienen estudios o solo hablan su lengua nativa o un poco de español, lo que dificulta expresar lo que sienten. Me quedo con una gran satisfacción como profesional y persona, ya que el agradecimiento, la humildad y la felicidad de los pacientes después de la atención es más de lo que les otorgamos.

“El médico familiar, con su rol multifacético, es el puente entre la ciencia y el corazón, brindando una atención humana y empática”.



Por estas razones, me gustaría invitar a todos los médicos familiares y de otras especialidades a que se involucren en este tipo de brigadas, porque no solo se trata de religión, sino de hacer un bien común por los pacientes, otorgando un poco de los conocimientos que adquirimos en nuestra formación en beneficio de la humanidad y empoderarnos como médicos familiares al ser resolutivos en el momento con las limitaciones que tenemos. En esta brigada solo participamos dos médicos familiares: el Dr. Juan Carlos, médico familiar jubilado de Aguascalientes, quien asistía al cirujano general en los procedimientos quirúrgicos, y su servidora, quien el primer día otorgué consulta de medicina familiar y el segundo en la consulta de ginecología con la Dra. Ana Luna, ginecóloga. Estas acciones multifacéticas solo las podemos realizar los médicos familiares, de ahí la importancia de nuestra labor como especialistas. Por esta razón, el haber participado en esta brigada y muchas mas me siento orgullosa de ser médico familiar.



Cinefilia.

**Recomendaciones de películas que te dejarán con ganas de más.
Empezaremos con tres películas que no te debes de perder:**

Por : Dra. Adahi Berdeja Galeana

The Dogman: esta película nos da una muestra de amistad, compromiso y amor. Proyecta la creación un vínculo tan fuerte entre los perros y un niño que es violentado por su padre y es enjaulado en el patio de su casa. Esta película evidencia que los seres humanos estamos hechos para vivir en manada. The Dogman te llevará de la mano a través de la desesperación, frustración, ira, tristeza y decepción. Esta película cuenta también con una rica experiencia musical recordando los tiempos de la fabulosa Francia con interpretaciones de artista como Edith Piaf.



4 días: Nos muestra el sufrimiento de toda una familia a causa de la dependencia de sustancias de uno de sus integrantes. Podemos observar la búsqueda constante de recuperar la salud de la persona y la desilusión y frustración que esto conlleva. Es protagonizada por Mila Kunis (Molly) quien se te hará muy difícil reconocer al interpretar su papel como persona con problemas de abuso. También participa la actriz Glenn Close Como la madre de Molly con una actuación desbordante.

Furiosa: La saga de Mad Max nos entrega Furiosa, con la actuación protagónica de Anya Taylor Joy. Esta película ejemplifica una vida de supervivencia y venganza, participa también Chris Hemsworth actuando del Dr. Dementus. Si te gustan las historias postapocalípticas, llenas de venganza y efectos especiales, disfrutaras totalmente esta entrega. No requieres haber visto alguna otra película de la saga previamente para entender furiosa, pero si eres fan de la saga, entenderás muchas cosas después de ver esta película.



ESPECIFICACIONES

Resúmenes

- 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 15 a 20 referencias.

Casos clínicos

- 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 15 a 20 referencias.

Revisión

- 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 15 a 20 referencias.

Reseña cultural

- Título: máximo 20 palabras.
- Extensión máxima de 1 cuartilla (400 palabras).
- Al menos una figura, máximo 3.

Entrevistas

- 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.
- Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver.

Experiencia médico familiar (Way-Nakay)

- Título: máximo 20 caracteres.
- Extensión mínima de 1 cuartilla máxima 3 cuartillas. (400 – 1200 palabras).
- Menos una figura, máximo 5.

TRABAJA CON NOSOTROS



REVISTA AMEYALI

Sí te gusta escribir
o editar textos
científicos,
académicos o
culturales.
Se parte del equipo.

Esríbenos a:
ameyalieditorial@gmail.com



Temas prioritarios

Médicos

- Atención primaria de la salud.
- Enfermedades crónico degenerativas .
- Atención del niño sano.
- Atención del embarazo y puerperio.
- Diagnóstico temprano y manejo en primer nivel de cáncer de mama, endometrio, próstata, piel etc..
- Diagnóstico temprano y manejo en primer nivel de otras patologías.
- Causas frecuentes de atención en primer nivel de la salud.
- Tamizajes.
- Medicina del trabajo.
- Manejo multidisciplinario de la salud.
- Temas de familia.

Anecdotario

- Ensayos y resúmenes
- Actividades significativas llevadas a cabo por médicos de primer nivel de atención.
- Experiencias internacionales.
- "Mi día de médico familiar"
- Entrevistas.
 - Maestros y médicos del primer nivel de atención.

Culturales

- Reseñas
 - Eventos públicos.
 - Películas y / o series.
 - Libros.
- Análisis ó ensayos filosófico, políticos y sociales desde la perspectiva del primer nivel de atención.

