

AMEYALI

REVISTA MÉDICA



Disponible en: <https://www.ameyalimf.com/>



VOL.6 EDICIÓN CUATRIMESTRAL

SEPTIEMBRE 2025

EDITORIAL

JEFATURA EDITORIAL.



Gerardo Alberto
López González

DISEÑO GRÁFICO.



Guillermo Tercero
Bocanegra Hernandez



Zorina Estefania
Ortega Sosa

EDITORES.



Ivan Josué Jiménez González



Indira Rocio Mendiola Pastrana



Erick Pérez Alvarado



David Antonio Ramírez Pérez



CONTACTO:

ameyalieditorial@gmail.com



CONTENIDO

- 04** **EVALUACIÓN DEL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN MÉDICOS FAMILIARES DEL NORTE DE COAHUILA.**

Dra. Melissa García Chávez.

- 09** **IMPLANTE SUBDÉRMICO: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN UNIDAD MÉDICA FRONTERIZA DE PRIMER NIVEL.**

Dra. Mayra Cerda Gallegos.

- 13** **ASOCIACIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO, RELACIONADA AL USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN EL HOSPITAL GENERAL SALTILLO ISSSTE COAHUILA.**

Dra. Almendra Istar Escobedo Morales .

- 16** **PERLAS DE LA CONSULTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

Dr. Guillermo Bocanegra.

- 19** **MENINGITIS FÚNGICA ATÍPICA: UN DESAFÍO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO.**

Dra Grace Jennyfer Rodriguez De la Cruz.

- 21** **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS SALUDABLES EN MUJERES CON EMBARAZO.**

Dra. Karla Fernanda Santos Rivera.



XIII CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

**“Construyendo comunidades
saludables con ciencia, corazón y
liderazgo”**

León, Guanajuato

Hotel Radisson

12 al 14 de noviembre



Inscríbete

 <https://xiiicmf2025.blogspot.com/>

 xiiicnrmfacademico@gmail.com

EVALUACIÓN DEL APEGO AL CONTROL PRENATAL EN MÉDICOS FAMILIARES DEL NORTE DE COAHUILA

García Chávez Melissa, Cardona Chavarría Juan Manuel, Cervantes Carranza Magdalena, Puente Garza Raúl, Bocanegra Hernández Guillermo Tercero, Gutiérrez Cerda Mario.

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 79 de Piedras Negras Coahuila.

RESUMEN.

Introducción: El binomio materno-fetal es un marcador del desarrollo nacional. Más del 60% de las defunciones maternas son prevenibles con un adecuado control prenatal. Siguiendo las Guías de Práctica Clínica (GPC), el IMSS desarrolló una cédula de evaluación, sugiriendo cumplir con $\geq 80\%$ para considerarse adecuada. La evaluación es crucial para garantizar un control prenatal apropiado.

Objetivo: Evaluar el apego del médico a las recomendaciones de la GPC de control prenatal.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Se incluyeron mujeres embarazadas afiliadas a la UMF No. 79 con edad de 19 a 44 años atendidas en el periodo enero a diciembre 2021. Se utilizó un muestreo sistemático, para un tamaño de muestra de 265 cedulas. Se aplicó la cédula de verificación para evaluar apego.

Resultados: Se identificó una adherencia del 69%. Los porcentajes por elemento evaluado fueron: Signos de alarma 98.86%, signos vitales 95.84%, medición de fondo uterino 93.58%, prescripción de folatos 92.45%, frecuencia cardíaca fetal 91.69%, ultrasonido obstétrico 86.79%, grupo sanguíneo 79.98%, examen general de orina 74.33%, atención odontológica 63.01% y riesgo de depresión post parto 0.37%.



Conclusiones: El porcentaje de apego a la GPC encontrado en nuestro estudio coincide con lo reportado en otras regiones del país. Ningún ítem cumplió el apego total, no se realizó prevención de depresión post parto, resaltando la necesidad de implementar acciones inmediatas para el cumplimiento de una atención prenatal integral.

Palabras clave: Atención prenatal, Guía de práctica clínica, mortalidad materna, salud materna, prevención.

INTRODUCCIÓN.

La OMS considera la muerte materna una expresión crítica de desigualdad social y falla sanitaria, dado que ocurre una cada minuto globalmente, siendo en su mayoría prevenible. Así, la calidad del cuidado materno-infantil refleja el desarrollo de una nación y constituye un indicador internacional de progreso. En Medicina Familiar, el control prenatal representa una estrategia clave para la detección y prevención de complicaciones.(1)

Melissa García Et Al.

El embarazo, como estado fisiológico, requiere vigilancia integral desde la primera consulta, dada la posibilidad de desarrollar nuevas patologías en cualquier etapa. La atención prenatal debe promover educación sobre el curso gestacional y signos de alarma, con documentación clínica adecuada.(2)

La adherencia a GPC sigue siendo subóptima, especialmente en enfermedades crónicas, tanto en México como internacionalmente. La evidencia sugiere que múltiples estrategias combinadas resultan más efectivas para mejorar su cumplimiento. (3,4)

El modelo tradicional se basa en la estratificación por riesgo, aunque demanda una evaluación continua y personalizada. Las GPC, desarrolladas sistemáticamente, optimizan la toma de decisiones médicas mediante evidencia científica, estandarizan procedimientos y minimizan la variabilidad clínica. (5)

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 79 del IMSS en Piedras Negras, Coahuila, México. Se incluyeron expedientes de mujeres embarazadas, derechohabientes, de entre 19 y 44 años, atendidas de enero a diciembre de 2021.

Se excluyeron pacientes que acudieron a menos de 5 consultas prenatales, ya que con cumple con las consultas mínimas para considerarse control prenatal. De un universo de 837 embarazadas registradas en ese periodo, se calculó una muestra mínima representativa de 265 expedientes, con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, mediante muestreo sistemático (1 de cada 3 expedientes).

Con autorización del Comité Local de Investigación y Comité de Ética (registro R-2022-506-021), se revisaron 265 expedientes

electrónicos aplicando una cédula de verificación basada en recomendaciones clave de la GPC del IMSS para control prenatal, en la cual dice que el buen apego es de 8 puntos o más y mal apego 7 o menos. Los datos fueron organizados en Microsoft Excel y analizados con SPSS v26.0, aplicando estadística descriptiva.

RESULTADOS.

Se encontró que la media de edad fue de 25.99 + 4.71 (IC 95% 25.42-26.56), con un rango que osciló de 17 a 37 años. Los niveles de escolaridad fueron secundaria 45.3% (n=120), bachillerato 35.8% (n=95), licenciatura 16.2% (n=43) y primaria 2.6% (n=7).

La adherencia a la GPC de control prenatal se identificó favorable para el 69% (n=183) de las consultas evaluadas para fines de esta investigación (figura 1).

Figura 1.

Apego a GPC de control prenatal con atención centrada en la paciente



El gráfico representa la revisión de 265 expedientes electrónicos, en el cual un porcentaje de 80% o más expresa si hay apego al cumplimiento a la cédula de verificación a las recomendaciones clave.

Dentro de los 4 grupos en los que se dividen las recomendaciones clave de la GPC, las que contaron con mayor apego por parte de los médicos familiares fueron las de evaluación clínica (35.15%) dentro de las que se incluyen ultrasonido obstétrico, medición del fondo uterino y toma de la frecuencia cardíaca fetal, seguidas de las recomendaciones de promoción de la salud (24.71%) donde se

Melissa García Et Al.

engloban la prescripción de folatos y educación sobre datos de alarma durante el embarazo, el tercer lugar lo ocuparon las evaluaciones relacionadas con el tamizaje de patologías que incluyen la toma de signos vitales y la solicitud de EGO entre la semana 12 y 18 de gestación (21.98%), mientras que las recomendaciones con menor adherencia fueron las de prevención de enfermedades (18.13%) dentro de las que se incluyen la realización de grupo y Rh y Coombs indirecto, la atención odontológica integral y la evaluación de riesgo de depresión post parto.

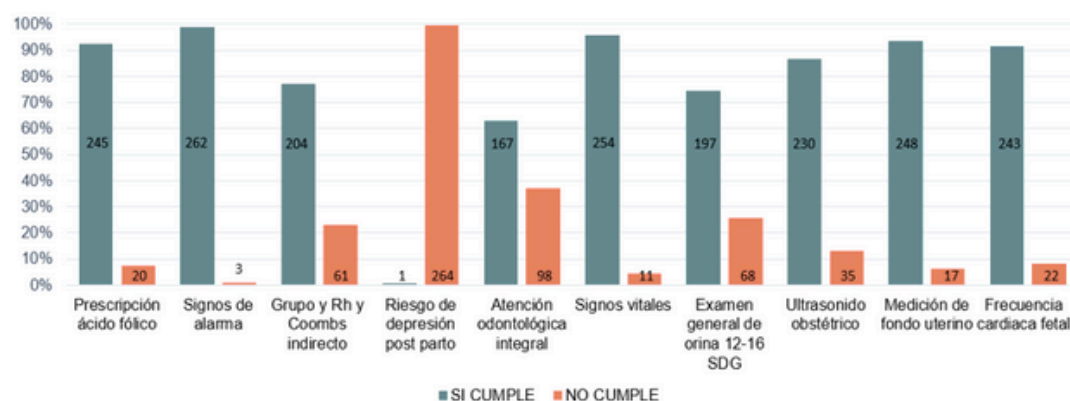
El porcentaje de cumplimiento para cada uno de los ítems clave fueron principalmente la evaluación de signos de alarma 98.86%, registro de los signos vitales 95.84%, medición del fondo uterino 93.58%, prescripción de ácido fólico 92.45%, y registro de la frecuencia cardíaca fetal 91.69%; el cumplimiento en menor medida se reflejó en la solicitud de ultrasonido obstétrico 86.79%, evaluación del grupo sanguíneo y Coombs indirecto 79.98%, solicitud de examen general de orina entre las semanas 12 y 16 de gestación 74.33% y atención odontológica integral 63.01%. En cuanto a la evaluación de riesgo de depresión post parto, el cumplimiento fue prácticamente nulo, reportándose solo en 0.37% (figura 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Resulta importante destacar la casi nula intervención por parte de los médicos familiares de nuestra unidad en el rubro de la salud mental, debido a que fue indagado solo en 1 de todas las pacientes a las cuales se les evaluó su expediente clínico. Esto coincide con los resultados reportados en otras investigaciones del país, puesto que ni si quiera fueron tomados en cuenta para su metodología de estudio, lo cual es alarmante ya que la depresión postparto puede afectar negativamente al binomio, causando dificultades para el autocuidado de las madres y la relación con sus hijos. La evaluación en este grupo poblacional puede permitirnos identificar a aquellas mujeres que pudieran beneficiarse de intervenciones tempranas, además de reducir el estigma asociado con este padecimiento.

Figura 2.

Cumplimiento de la cedula de verificación de apego a recomendaciones clave de GPC de control prenatal



Nota. Revisión de 265 expedientes electrónicos de mujeres embarazadas de 19 a 44 años en la UMF #79 en el 2021



Por este motivo, al detectar esta área de oportunidad, resulta crucial implementar capacitación continua en el control prenatal no solo en nuestra UMF si no en el resto del país; una herramienta más sencilla para poder llevar a cabo esto, sería añadir al SIMF una escala de riesgo de depresión post parto durante el embarazo para realizarla y evitar olvidos en esta área de la salud al evaluar a las mujeres embarazadas.

REFERENCIAS

1. Carlos Manterola Tamara Otzen Nayely Garcia Miriam Mora. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. 4 de abril del 2019; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005416>
2. Arana Gil LC. Tipología familiar más frecuente en las adolescentes que acuden a control prenatal en la UMF No. 28 del IMSS en Mexicali, B.C. en el año 2017. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California; 2019.
3. Ruiz LVJD. El apego en la práctica clínica durante la pandemia COVID-19. Revista de Psicoterapia. Julio 2020;31.
4. Omelas SS. Cumplimiento de la cedula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica de diabetes tipo 2, en una unidad de medicina familiar. Universidad Autónoma de Querétaro; 2020.
5. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS;

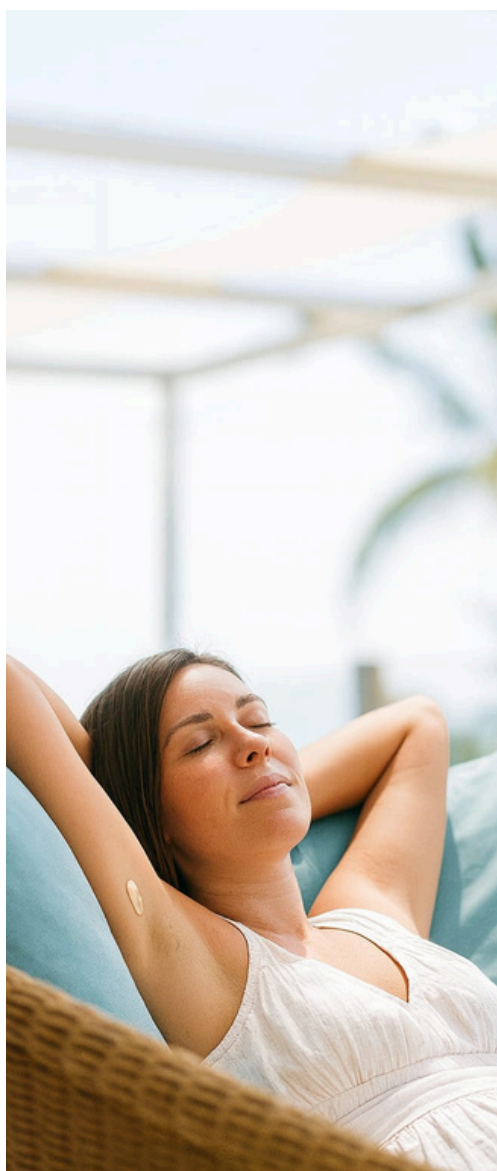
¡ Se parte del cambio!



El futuro de la medicina familiar está aquí: un enfoque revolucionario.

Nivel de satisfacción de usuarias tras retiro del implante subdérmico en el primer nivel de atención.

Mayra Cerda Gallegos, Juan Manuel Cardona Chavarría, Nidia Caldera López.
Instituto Mexicano del Seguro Socio, UMF79 de Piedras Negras Coahuila



Introducción

El implante subdérmico de etonogestrel, es un método anticonceptivo reversible de larga duración, con alta efectividad y niveles de satisfacción global entre 65% y 90%.

El uso creciente en México, promueve el estudio de factores asociados al retiro como el asesoramiento previo, condiciones biopsicosociales y la experiencia de uso a fin de mejorar indicadores reproductivos.

Objetivo

Determinar el nivel de satisfacción en mujeres que acudieron al retiro del implante subdérmico en la UMF No. 79 del IMSS, Piedras Negras, Coahuila, entre enero y junio de 2023

Metodología

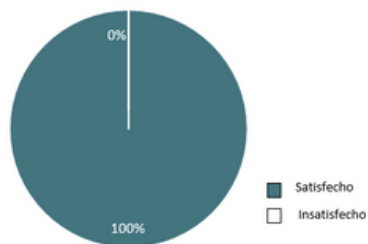
Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 162 mujeres de 18 a 48 años que aceptaron participar mediante consentimiento informado; se excluyeron encuestas incompletas. El muestreo fue no probabilístico consecutivo.

El instrumento, encuesta estructurada de 17 ítems, con contenido validado cualitativamente por comité de tres expertos y alta fiabilidad por prueba piloto (α de Cronbach = 0.8). Incluyó preguntas ordinales, dicotómicas y escala Likert, explorando dimensiones sociodemográficas, consejería, efectos adversos, motivos de retiro y satisfacción global. La encuesta fue autoadministrada al finalizar la consulta y supervisada por investigador. El protocolo fue aprobado por comité local de investigación.

Nivel de satisfacción de usuarias tras retiro del implante subdérmico en primer nivel de atención. Septiembre 2025

Mayra Cerda Gallegos, Juan Manuel Cardona Chavarría, Nidia Caldera López.
Instituto Mexicano del Seguro Socio, UMF79 de Piedras Negras Coahuila.

Grafica 1. Distribución porcentual de satisfacción en usuarias de implante subdérmico.



Grafica 2. Distribución porcentual sobre asesoría anticonceptiva previa colocación de implante subdérmico.



Resultados.

El 100% de las participantes refirió satisfacción con el método con una edad media de 28 años, predominando mujeres en unión libre y escolaridad media superior. El 94% recibió consejería previa y la duración promedio de uso fue de 3 años. El sangrado irregular se identificó como el efecto adverso más frecuente y la principal causa de retiro.

Los resultados de satisfacción general, podrían mostrar riesgo de sesgo de respuesta o deseabilidad social, por desarrollarse en entorno institucional.

Se concluye que la orientación anticonceptiva representó un factor clave para la adherencia y satisfacción, por lo que se recomienda fortalecer los programas de planificación familiar, reforzando el asesoramiento y el seguimiento clínico oportuno de efectos secundarios, evitando retiros anticipados.

Referencias.

1. Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(Supl 1):S84–95.
2. Beesham I, Razaz W. Satisfaction with etonogestrel subdermal implant in women of reproductive age. *Contracept Reprod Med.* 2021;6(1). doi:10.1186/s40834-021-00154-3
3. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. Clinical effectiveness, side-effect profile and continuation rate of etonogestrel implant: systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):1–10. doi:10.1186/s12978-020-01064-
4. Zuheros Montes JD, Nieto Espinar Y, Zuheros Montes MC. Satisfacción de usuarias de Implanon® y motivos para su retirada. *Clín Investig Ginecol Obstet.* 2023;50(2):100825. doi:10.1016/j.gine.2023.100825
5. Dethier D, Qasba N, Kaneshiro B. Society of Family Planning clinical recommendation: Extended use of long-acting reversible contraception. *Contraception.* 2022;113:1–5. doi:10.1016/j.contraception.2022.03.012

ORGULLLOAMEYALI.

AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM

SECCIÓN ESPECIAL/SEPTIEMBRE 2025.



Premio TMFR 2025

En AMEYALI nos sentimos profundamente orgullosos de felicitar a la **Dra. Lytzalaura Chávez Quezada**, quien ha sido galardonada con el Taiwan Family Medicine Research Award (TFMRA) 2025, en el marco del Congreso Mundial WONCA 2025, celebrado en Lisboa, Portugal.

Este premio distingue a jóvenes médicos familiares de todo el mundo que presentan investigaciones originales y de alto impacto en la práctica de la medicina familiar. Cabe resaltar que en esta edición participaron más de 30 trabajos de distintas regiones del mundo, lo que enaltece aún más la relevancia de este reconocimiento.

La Dra. Chávez Quezada, al obtener este galardón, no solo representa a México, sino también a la región latinoamericana en su conjunto, dejando en alto el nombre de nuestro país y de nuestro movimiento AMEYALI, que impulsa a nuevas generaciones de médicos familiares comprometidos con la investigación, la innovación y el fortalecimiento de la medicina familiar en el ámbito global.



Su logro es un motivo de inspiración y orgullo colectivo, que reafirma la importancia de continuar construyendo espacios de liderazgo, colaboración y excelencia científica desde América Latina para el mundo.



Asociación de las infecciones del torrente sanguíneo relacionada al uso de catéter venoso central en el hospital general de Saltillo ISSSTE Coahuila

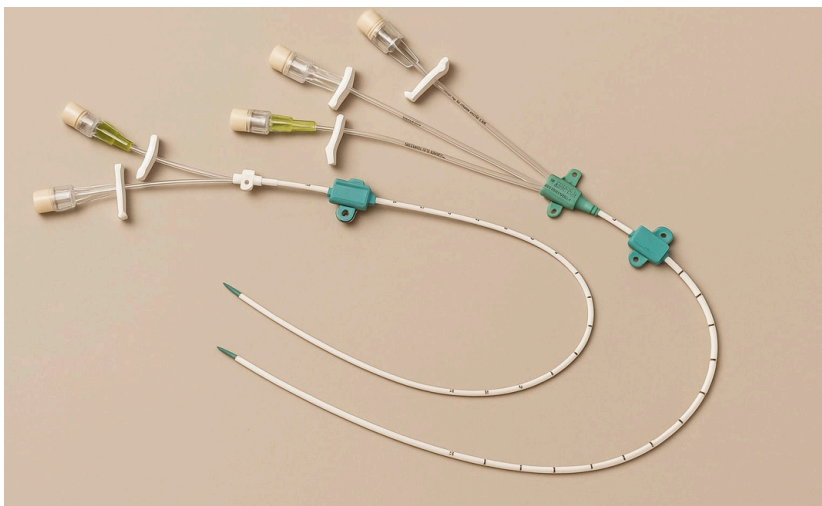
Almendra Isthari Escobedo Morales, Luis Manuel Romero Mora.

Coordinación de Enseñanza e Investigación ISSSTE Coahuila en Saltillo.

Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) han adquirido una creciente relevancia en el ámbito de la salud pública, debido a su impacto tanto en la calidad de la atención médica como en los costos que generan en los hospitales y sistemas de salud. En el entorno laboral se observa un incremento significativo en su frecuencia, lo que contribuye a una percepción negativa de la atención brindada a los pacientes. No obstante, esta situación puede revertirse mediante la aplicación sistemática y adecuada de medidas de prevención ampliamente conocidas, las cuales no solo mejoran la calidad asistencial, sino que también representan estrategias costo-efectivas con beneficios tangibles para la salud y la sostenibilidad del sistema.

Las infecciones asociadas a la atención de la salud representan también un factor de riesgo para el desarrollo de resistencia antimicrobiana, consecuencia directa del uso excesivo o inadecuado de antibióticos empleados en su tratamiento. De esta manera, en lugar de resolver un problema, se genera otro con repercusiones aún más nocivas para la salud pública. Un ejemplo frecuente es el uso del catéter venoso central, considerado una práctica rutinaria y de apoyo en diversas condiciones médicas, pero que, sin las medidas de cuidado necesarias, puede originar complicaciones infecciosas. Estas infecciones constituyen aproximadamente el 14 % de los casos intrahospitalarios, lo que evidencia su relevancia clínica y epidemiológica.



Metodología

Diseño de Estudio.

Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo de cohorte, en todos pacientes hospitalizado a quienes se les haya colocado y retirado un Catéter Venoso Central (CVC) en el Hospital General Saltillo ISSSTE Coahuila, durante el periodo del 01 de julio del 2023 al 30 de marzo del 2024.

Población.

Los derechohabientes que participaron en el estudio fueron todos aquellos que estuvieron hospitalizados en los diferentes servicios y que se les colocó y se les retiró un catéter venoso central en el hospital General Saltillo ISSSTE Coahuila, durante el periodo del 01 de julio del 2023 al 30 de marzo del 2024.

Descripción General del estudio.

A todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Geriatria, Ginecología, Traumatología y Ortopedia al que se le colocó un catéter venoso central corto o largo, para la aplicación de medicamentos, nutrición parenteral, o control hemodinámico, se le dio seguimiento hasta que se retire dicho dispositivo.

Metodología

Descripción General del estudio (Continuación).

La primera medición fue al colocar su catéter venoso central, donde se le realizó un interrogatorio dirigido en el que se identificaron los factores de riesgo, así como la toma de datos registrados en el expediente clínico. Posteriormente, se realizaba una medición cada 24 horas, por medio del pase de visita para poder identificar cambios clínicos y paraclínicos que pudieran ser considerados como una infección asociada a la atención a la salud, todo esto se reportó en una hoja exclusiva para IAAS. Posterior a cada pase de visita se utilizó la clasificación de infección asociada a catéter venoso central, de la Red de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (RHOVE), la cual es la siguiente: Paciente portador de CVC con uno o más hemocultivos que han permitido el aislamiento de un microorganismo patógeno que no se encuentra relacionado con otro sitio de infección, y que cuente con dos o más de los siguientes puntos.

- ☐ Fiebre, distermia o hipotermia
- ☐ Calosfríos
- ☐ Hipotensión
- ☐ Taquicardia
- ☐ Taquipnea (>20 respiraciones por minuto)
- ☐ PCO₂ <32 mmHg
- ☐ Leucocitosis (>12.000 leucocitos/ml)
- ☐ Leucopenia (<4.000 leucocitos/ml)
- ☐ Recuento de neutrófilos inmaduros en sangre periférica (bandas) >10%.

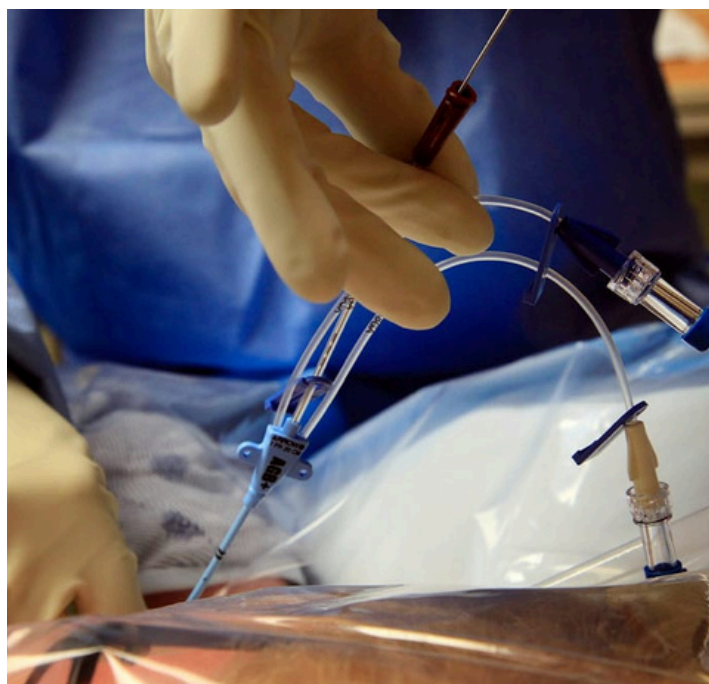
Se realizó este ejercicio hasta el final del estudio el 30 de marzo del 2024. Se concentró toda la información en una tabla de Excel de acuerdo con sus variables, para poder ser analizados en el programa estadístico de R Studio versión 4.3.3

Discusión

Conforme a los resultados obtenidos en este estudio, se puede observar que, en relación con el sexo, el sexo femenino fue quien más requirió un catéter venoso central con 15.5%; según la edad, es más prevalente entre los 65.3 años. El motivo de colocación más frecuente fue la administración de medicamento con una proporción de 16.5%. El servicio que más utilizó un catéter venoso central fue medicina interna, con una prevalencia de 109 casos y un 18 % de las infecciones, el catéter más utilizado fue en vena subclavia con 32 pacientes.

De acuerdo con lo anterior, se puede señalar que, en nuestro análisis, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo o el grupo de edad y el desarrollo de IAAS, a pesar de que la bibliografía revisada sí reporta dicha asociación.

En cuestión de días de inserción podemos mencionar que el primer caso se reportó el tercer día de su colocación y se observó que para el día 27 se presentó un último evento. Comparando con la bibliografía, no está muy lejano al patrón de referencia, ya que nos hace mención que se presentan los eventos del día 5 al día 9. Aunque el aislamiento de microorganismos no fue un objetivo principal del estudio, se considera relevante mencionarlos. Entre los principales se identificaron *Staphylococcus epidermidis* y *Escherichia coli*. El primero puede descartarse, ya que forma parte de la microbiota normal y su presencia suele deberse al arrastre durante la inserción del catéter. En cambio, *E. coli* es de particular relevancia, dado que su aparición se asocia con prácticas deficientes de higiene de manos, lo que evidencia un riesgo prevenible para los pacientes.



Hay que hacer mención que en la última actualización del manual de IAAS, enfatiza que el mayor número de pacientes que presentan una infección, son aquellos que son mayores de 60 años. Influye mucho el tiempo de inserción donde se reporta más en aquellos que tienen más de 5 días con un dispositivo. El servicio más recurrente es el área de medicina interna, al igual que en este estudio.

Al realizar el análisis se encontraron las siguientes limitantes; el periodo de tiempo corto del estudio, que quizás al tener más tiempo y una población mayor podríamos encontrar de manera adecuada una asociación de las variables, sexo y edad. La ausencia de una nota de procedimiento de colocación de catéter, para evaluar el factor humano en el desarrollo de una infección.

Este estudio puede demostrar que el servicio con más eventos de una Infección asociada a la atención de la salud fue Medicina Interna y que aquellos que cumplen con la definición del manual de la Rhove, si están más asociados a desarrollar una ITS asociada a catéter venoso central. Sin embargo, edad, sexo, motivo de colocación fueron estadísticamente no significativos.

Conclusiones

El poder realizar este tipo de estudios es de gran importancia epidemiológica, ya que en la actualidad estamos observando un incremento de estas patologías. Además, se deben incrementar la vigilancia con mayor sensibilidad y más apego a nuestra normativa de vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales NOM-045-SSA2-20025.

En nuestra unidad, al ser un hospital escuela, es fundamental cumplir con lineamientos estrictos de prevención, lo cual se refleja en una mejor calidad de atención para nuestros derechohabientes, optimizando la duración de su estancia y retrasando la aparición de infecciones relacionadas con la atención de la salud, así como las complicaciones derivadas de estas infecciones.

Al término del estudio, se puede concluir que, si bien el desarrollo de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) presenta ciertas asociaciones, estas requieren un análisis cuidadoso para identificar los factores de riesgo más relevantes. Si bien no se logró demostrar una asociación estadísticamente significativa, con el sexo y la edad, sí se pudo observar que aquellos que cumplían con la definición de una ITS tenían un riesgo mayor de desarrollar una IAAS asociada a catéter venoso central. Se encontró que el riesgo de que se presente dicho evento es al 3er día de su colocación, presentándose días antes que el resto de las bibliografías analizadas, y esto se puede traducir en que existe un mal apego en las medidas preventivas de colocación, mantenimiento y retiro de dicho dispositivo. Tanto en los resultados de este estudio como en los de la bibliografía se coincide que, Medicina Interna, es el servicio que presenta más complicaciones de una IAAS.

Por concluir, quizás al llevar a cabo este estudio por un tiempo más prolongado con una población más extensa, se puede conseguir valores estadísticamente aceptables, en relación con sexo, edad.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guaya Practice. Malta; 2005.
2. Illabón MA, Medina R, Plazas M, Rachid R. Bacteriemia relacionada a catéter venoso central en paciente crítico: importancia de Bundles en UCI. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2013;13:18-23.
3. Centro Colaborador en Calidad y Seguridad del Paciente. Frecuencia de infecciones asociadas a la atención en salud en México. 2018.
4. Restrepo-Lemache SL, de la Rosa-Ferrera JM. Sepsis por catéter central en UCI del hospital de Esmeraldas, Ecuador. Rev Medica Electron. 2022;44(4).
5. García Carranza A, Caro Pizarro V, Quirós Cárdenas G, Monge Badilla MJ, Arroyo Quirós A. Catéter venoso central y sus complicaciones. Rev Med Legal Costa Rica. 2020;37(1).
6. Richet H, Hubert B, Nuremberg G, Mont AM, Buy-Hoi A, Ourbak P, et al. Multicenter study of vascular-catheter-related complications and risk factors. J Clin Microbiol. 1990;28:2520-5.
7. Seisdedos Elcuaz R, Conde García MC, Castellanos Monedero JJ, García-Manzanares Vázquez-de Agredos A, Valenzuela Gámez JC, Fraga Fuentes MD. Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. Nutr Hosp. 2012;27(3):775-80.
8. Centro Colaborador OPS/OMS en Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente. Informe CONEMED. 2020.
9. González Velázquez J, González Cejudo MN, Pardo Morales RV. Infecciones nosocomiales relacionadas a catéter central. Rev Med. 2012;4(1):33-8.
10. Villafañe Ferrer LM, López Buendía A, Aguado Martínez LC, Leguía Vargas DE. Conocimiento y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en un hospital de Cartagena.

NOTICIAS AMEYALI

RESULTADOS DE ELECCIONES 2025 PARA PRESIDENCIA DE NUESTRO MOVIMIENTO



En la imagen podemos ver a la **Dra. Marien Claudette Córdova Ramírez**, ganadora de la elección realizada el 13 y 14 de Septiembre del 2025

El Comité Evaluador, en apego a los Estatutos Vigentes del Movimiento Ameyali, informa que los días 13 y 14 de septiembre de 2025 se llevaron a cabo las elecciones para la Presidencia de nuestro movimiento.

Como resultado de este proceso democrático, fue electa la **Dra. Marien Claudette Córdova Ramírez**, quien iniciará su gestión y tomará protesta en el marco del XIII Congreso Nacional de Residentes de Medicina Familiar, a celebrarse en noviembre de 2025.

Felicitamos a la Dra. Córdova Ramírez por este logro y le deseamos el mayor de los éxitos en su gestión, que representa un paso importante para continuar fortaleciendo el trabajo colectivo de Ameyali y del movimiento Waynakay en Latinoamérica.

Ameyali se ha consolidado como un espacio de encuentro y liderazgo para las nuevas generaciones de médicos familiares, fomentando la innovación, la investigación y la participación activa en temas de impacto social y académico. Con cada gestión se reafirma el compromiso de contribuir al fortalecimiento de la Medicina Familiar en México y la región.

Las expectativas para este nuevo periodo son altas: seguir construyendo proyectos que promuevan la integración de los residentes y especialistas jóvenes, impulsar la difusión científica y abrir más espacios de formación y vinculación internacional. Con unidad y visión compartida, Ameyali seguirá siendo un referente de trabajo colaborativo en la Medicina Familiar.



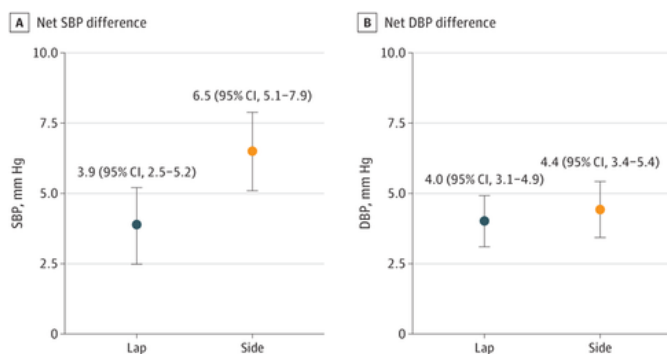
PERLAS

Para la consulta de Medicina Familiar



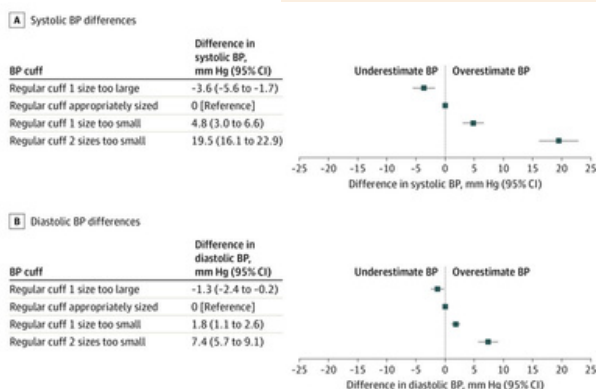
DR. MEMO BOCANEGRA

Sabemos que el día a día, la alta carga de pacientes y la presión por el tiempo, puede hacer que omitamos detalles importantes en la consulta. Esta sección busca ofrecerte pequeños puntos prácticos que puedes aplicar para mejorar tu atención clínica. Cada perla está basada en evidencia científica y acompañada de sus referencias, para que tengas la confianza de que lo que implementes en tu práctica diaria tiene respaldo sólido



En el gráfico superior se observan las variaciones según la posición del brazo: en verde (sobre el regazo) la presión aumenta en promedio 3.9 mmHg sistólica y 4.0 mmHg diastólica, mientras que en naranja (brazo colgando) el incremento es mayor, con 6.5 mmHg sistólica y 4.4 mmHg diastólica, comparado con la posición correcta a nivel del corazón.

En el gráfico inferior se muestran las diferencias por tamaño del brazalete: uno grande (verde) subestima la presión (-3.6 mmHg sistólica, -1.3 mmHg diastólica); el correcto (negro) no presenta variación; uno pequeño (azul) la sobrestima (+4.8 y +1.8 mmHg), y el error es mayor con un brazalete dos tallas más chico (celeste), que eleva casi 20 mmHg la sistólica y más de 7 mmHg la diastólica.



1. Ya te lo han dicho mil veces, pero... ¿Qué tan importante es tener una buena técnica para tomar la presión arterial?

La toma correcta de la presión arterial es más que un detalle: puede ser la diferencia entre un diagnóstico certero y un sobrediagnóstico que lleve a sobretatamiento. Las guías ESC 2024 recomiendan que el paciente esté sentado al menos cinco minutos, con espalda y pies apoyados, y que el brazo se coloque sobre una mesa a la altura del corazón para evitar la contracción isométrica de sostenerlo en el aire. El brazo debe estar descubierto, ya que arremangar la manga puede obstruir el brazalete, y siempre hay que usar un equipo validado con el manguito adecuado a la circunferencia del brazo.

Esto no es capricho: el "ARMS Crossover Randomized Clinical Trial" (n=133) mostró que apoyar mal el brazo (en el regazo o colgando) elevó de manera significativa la presión arterial frente al estándar de apoyo en mesa a nivel cardíaco, con el consecuente riesgo de sobrediagnóstico y sobretatamiento [1]. De manera similar, el "CUFF(SZ) Randomized Crossover Trial" (n=195) comprobó que usar un brazalete más pequeño que el indicado sobrestima la presión, especialmente en personas con brazos grandes [2].

Cuando no se cuenta con un brazalete de circunferencia adecuada, la medición en la muñeca —siempre a nivel del corazón— puede ser más confiable que usar un manguito demasiado pequeño. En cambio, los smartwatch aún muestran evidencia heterogénea e insuficiente, por lo que la referencia sigue siendo el tensiómetro de brazo. La automedición domiciliaria (HBPM) ha demostrado un efecto modesto, pero significativo, en la reducción de cifras, especialmente si se combina con telemonitoreo y acompañamiento clínico.

2. Pentoxifilina en insuficiencia venosa crónica: ¿sí o no?

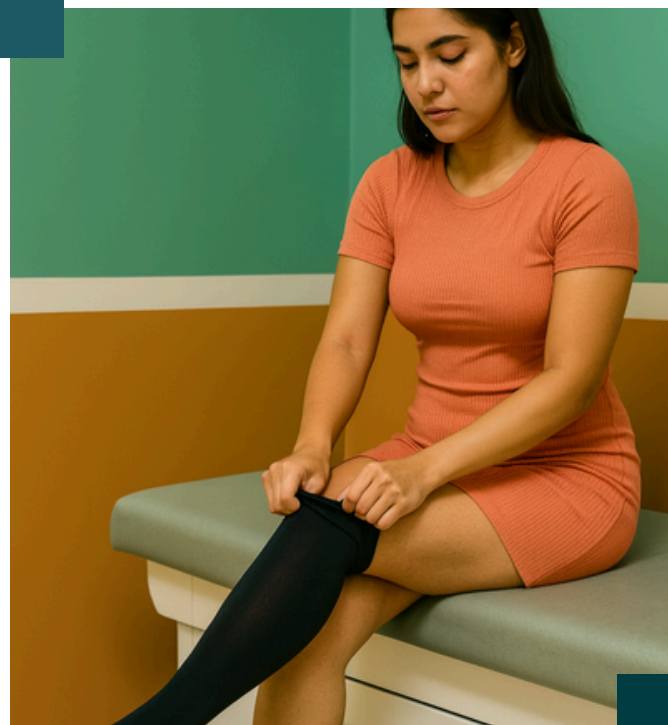
La pentoxifilina es un derivado metilxantínico que mejora la deformabilidad eritrocitaria, reduce la viscosidad sanguínea y ejerce cierto efecto antiinflamatorio. Durante años se ha prescrito en insuficiencia venosa crónica, aunque la evidencia sobre su eficacia es limitada.

Un protocolo de investigación realizado en 2018 por un residente de Medicina Familiar en la UMF 33 El Rosario (IMSS) concluyó que la pentoxifilina tiene utilidad restringida en los estadios tempranos de la enfermedad, y que su indicación solo sería justificable en pacientes con úlceras venosas [3] .

La evidencia internacional coincide con esa observación. La revisión Cochrane de 2007 mostró que la pentoxifilina podría mejorar la cicatrización de las úlceras venosas en comparación con placebo o ausencia de tratamiento; sin embargo, destacó también que la calidad metodológica de los ensayos era variable y requería interpretarse con cautela [4] . Posteriormente, una revisión sistemática publicada en Phlebology en 2016 volvió a analizar la farmacoterapia como adyuvante en la cicatrización de úlceras venosas y concluyó que la evidencia disponible sigue siendo débil y no concluyente, por lo que su uso rutinario fuera de casos específicos no está justificado [5] .

En la práctica clínica, las guías insisten en que el tratamiento de primera línea para la insuficiencia venosa crónica es el uso de medias de compresión graduada, habitualmente entre 20 y 30 mmHg, y que la pentoxifilina debe considerarse únicamente como coadyuvante en casos seleccionados de úlcera venosa [6] .

En resumen: la pentoxifilina no sustituye la terapia compresiva ni debe usarse de manera rutinaria en estadios tempranos de insuficiencia venosa crónica; su lugar está restringido al manejo adyuvante de la úlcera venosa.



3. El éxito del tratamiento inhalado: la técnica lo es todo

En asma y EPOC, el éxito del tratamiento depende tanto del fármaco como de la manera en que el paciente utiliza su inhalador. De nada sirve indicar el mejor broncodilatador o el corticoide más moderno si la técnica es incorrecta. La realidad es que hasta 9 de cada 10 pacientes cometen al menos un error crítico al usar su inhalador, lo que se traduce en menor control de síntomas, más exacerbaciones y, en consecuencia, más consultas a urgencias y hospitalizaciones.

Lo positivo es que la educación funciona. El meta-análisis de Marko y Pawliczak (2025), que revisó más de 20 ensayos clínicos, mostró que tras una intervención educativa los errores críticos disminuyeron en más del 70 % de los pacientes. En términos estadísticos, la razón de riesgo para cometer un error crítico se redujo a 0.28 tanto para inhaladores presurizados (pMDI) como para los de polvo seco (DPI). Dicho de manera sencilla: de cada 10 pacientes que antes lo usaban mal, solo 2 o 3 siguieron con errores después de recibir educación [7] .

La imagen a la izquierda ilustra algunos de los errores mas comunes en el uso de tratamiento inhalado, a la izquierda un niño que no retira tapa que cubre la boquilla donde sale aerosol y a la derecha un paciente que utiliza el spray como si fuera loción





Referencias

1. Liu H, Zhao D, Sabit A, et al. Arm Position and Blood Pressure Readings: The ARMS Crossover Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2024;184(12):1436-1442. doi:10.1001/jamainternmed.2024.5213
2. Ishigami J, Brady TM, Cohen JB, et al. Effects of Cuff Size on the Accuracy of Blood Pressure Readings: The CUFF(SZ) Randomized Crossover Trial. *JAMA Intern Med.* 2023;183(11):1158-1166. doi:10.1001/jamainternmed.2023.3264
3. López ML. Utilidad de la pentoxifilina en insuficiencia venosa crónica en pacientes de la UMF 33 El Rosario. Protocolo de investigación de especialidad en Medicina Familiar. IMSS; 2018. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/46049c8e-cell-45dd-9c99-68b113df4b4d/content>
4. Jull AB, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD001733. doi:10.1002/14651858.CD001733.pub3
5. Varatharajan L, Thapar A, Lane T, Munster AB, Davies AH. Pharmacological adjuncts for chronic venous ulcer healing: a systematic review. *Phlebology.* 2016;31(5):356-365. doi:10.1177/0268355515587194
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Varicose veins: diagnosis and management. NICE guideline [CG168]. London: NICE; 2023.

3. El éxito del tratamiento inhalado: la técnica lo es todo (continuación)

Algo similar ocurrió en población pediátrica. El ensayo aleatorizado INHALE de Volerman et al. (2023), realizado en 133 niños hospitalizados por asma, encontró que al ingreso el 96 % tenía técnica incorrecta. Tras recibir una intervención educativa estructurada durante la hospitalización, ese porcentaje bajó de manera drástica a menos del 30 % [8] .

En adultos, el estudio pragmático de Vázquez-González et al. (2023) demostró que el entrenamiento directo por un profesional de salud, aplicando la técnica de "teach-back" (el paciente repite hasta dominar el procedimiento), corrigió la técnica en más del 80 % de los casos. El número necesario a tratar (NNT) fue de apenas 2: por cada dos pacientes que reciben entrenamiento, al menos uno mejora de forma significativa [9] .

Todo esto nos recuerda que la receta no termina en el papel: hay que pedirle al paciente que traiga su inhalador a la consulta, mostrarle paso a paso cómo usarlo y luego observarlo mientras lo repite. Esta práctica sencilla, que no toma más de un par de minutos, puede ser la diferencia entre un tratamiento exitoso y un fracaso terapéutico.

Referencias

7. Marko M, Pawliczak R. Inhalation technique-related errors after education among asthma and COPD patients using different types of inhalers – systematic review and meta-analysis. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2025;35(15):3-12. doi:10.1038/s41533-025-00422-0
8. Volerman A, Balachandran U, Zhu M, Akel M, Hull A, Siros M, et al. Evaluating inhaler education interventions for hospitalized children with asthma: The INHALE Randomized Controlled Trial. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2023;131(2):217-223.e1. doi:10.1016/j.anai.2023.02.023
9. Vázquez-González N, Gómez-Ramírez N, et al. Effectiveness of direct inhaler technique training provided by a trained professional on asthma and COPD patients: A pragmatic study. *Front Pharmacol.* 2023;14:1266095. doi:10.3389/fphar.2023.1266095

MENINGITIS FÚNGICA ATÍPICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

Grace Jennyfer Rodriguez De la Cruz, Nailin Inga Mayta

INTRODUCCIÓN.

La meningitis fúngica es una infección grave del sistema nervioso central causada por hongos como *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis* y *Candida* spp. El término 'meningitis fúngica atípica' se emplea para describir cuadros clínicos que difieren de la presentación clásica, ya sea por hallazgos clínicos, de laboratorio o de imágenes.

En particular, la 'meningitis criptocócica atípica' se refiere a casos producidos por *Cryptococcus* con manifestaciones inusuales y evolución en pacientes inmunocompetentes. Aunque la mayoría de casos se asocia a inmunosupresión, no debe descartarse en individuos sin inmunodeficiencia evidente, donde factores ambientales (exposición a suelos húmedos, aves, zonas tropicales) o genéticos pueden predisponer.

Presentamos un caso de meningitis criptocócica atípica en un paciente inmunocompetente.



CASO CLÍNICO.

Varón de 56 años, transportista, residente en la selva, sin antecedentes médicos relevantes. Acudió a emergencia por cefalea holocraneal intensa, fiebre persistente de una semana de evolución (40 °C), rigidez de nuca, náuseas, vómitos y confusión progresiva. No respondió a tratamiento previo con analgésicos ni antibióticos.

Antecedentes:

- AHF: No contributivos.
- APP: Gastritis por *Helicobacter pylori* (tratamiento incompleto), herida previa por arma de fuego (resuelta).
- APNP: Fumador activo, niega alcohol y drogas.

Examen físico:

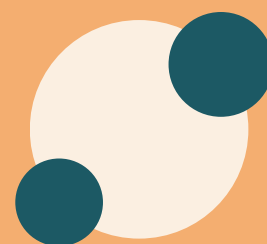
- Signos vitales: FC 124 lpm, Temp 40 °C, Glasgow 9/15.
- Estado neurológico: desorientado en persona, tiempo y lugar.
- Signos meníngeos: rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivos.
- Fondo de ojo: normal.
- Exploración por aparatos y sistemas: sin hallazgos relevantes adicionales.

Exámenes complementarios:

- LCR: Antígeno criptocócico positivo (1:16,384), leucocitos 90/μL, proteínas 0,60 g/L, glucosa 11 mmol/L.
- Serologías: VIH, HTLV y VDRL negativos.
- Imágenes: TC de cráneo con edema cerebral severo. RM con lesión hiperintensa en núcleos basales izquierdos compatible con criptococosis.
- Laboratorio: Hemograma y química sanguínea sin alteraciones significativas. ECG: taquicardia sinusal.

Tratamiento y evolución:

Se inició terapia de inducción con anfotericina B desoxicolato (0,7 mg/kg/día) asociada a antibióticos empíricos. Se realizaron punciones lumbares repetidas para control de hipertensión intracraneal. Evolucionó con falla renal aguda secundaria a nefrotoxicidad, y posteriormente con falla multiorgánica, falleciendo en UCI.

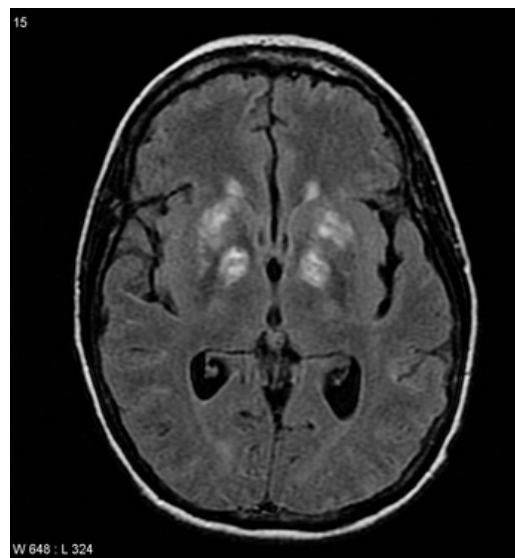
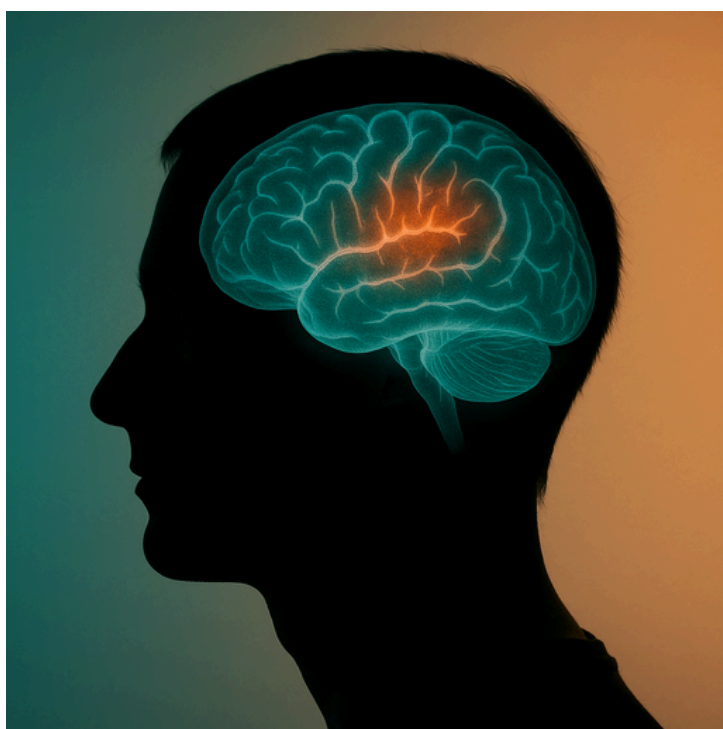


DISCUSIÓN.

La meningitis criptocócica es una entidad grave que afecta tanto a inmunodeficientes como a inmunocompetentes. El retraso diagnóstico es frecuente debido a síntomas iniciales inespecíficos como cefalea y fiebre. En pacientes inmunocompetentes, los factores de riesgo incluyen exposición ambiental en regiones tropicales (selva, contacto con suelos contaminados y aves), así como posibles variantes genéticas que afectan la inmunidad innata. El diagnóstico se basa en clínica, punción lumbar y pruebas confirmatorias como el antígeno criptocócico. El tratamiento estándar consta de tres fases: inducción con anfotericina B + flucitosina, consolidación con fluconazol por 8 semanas y mantenimiento por 6-12 meses. La anfotericina B requiere monitorización estricta por su nefrotoxicidad. La mortalidad puede alcanzar 30-40% incluso en inmunocompetentes, resaltando la necesidad de sospecha clínica precoz y manejo multidisciplinario.

CONCLUSIÓN.

La meningitis criptocócica atípica puede presentarse en pacientes inmunocompetentes con desenlace fatal si el diagnóstico y tratamiento se retrasan. Debe sospecharse ante cefalea persistente, fiebre y signos meníngeos, independientemente del estado inmunológico. El uso temprano de pruebas confirmatorias y el inicio oportuno de terapia antifúngica son esenciales para mejorar la supervivencia.



Lesión hiperintensa bilateral en núcleos basales en una RM FLAIR-T2 con criptococosis (Radiopaedia)

REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Fungal meningitis [Internet]. CDC; 2023 [citado 14 abr 2024].
- Ramírez-Ramos C, Galindo J, Correa S, Giraldo-Bahamon G, Rivera J, Solano J, et al. Meningitis criptocócica en pacientes sin VIH: revisión de la literatura. Rev Chilena Infectol. 2018;35(6):716-21.
- Henao-Martínez AF, Chastain DB, Franco-Paredes C. Treatment of cryptococcosis in non-HIV immunocompromised patients. Curr Opin Infect Dis. 2018;31(4):278-85.
- Poley M, Koubek R, Walsh L, McGillen B. Cryptococcal meningitis in an apparent immunocompetent patient. J Investig Med High Impact Case Rep. 2019;7:232470961983457.
- Andreu L, Force E. Acute renal failure: review of a clinical case. Nursing. 2003;21(8):51-9.

Efecto de una intervención educativa sobre los hábitos saludables de mujeres con embarazo

Karla Fernanda Santos-Rivera, Jenny Reyes-Ramírez, Irvin Jeovani Hernández-González, Ronald González-Espejel, Guardiola-Pérez Pedro M.
Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 22 de Teziutlán Puebla.

Resumen.

Antecedentes: La obesidad es un problema de salud pública cada vez más prevalente en nuestra sociedad. La obesidad preconcepcional es un factor de riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, así como aparición de complicaciones perinatales por ello es importante los hábitos correctos durante la gestación.

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa sobre hábitos alimentarios y de actividad física relacionados con sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas.

Material y Métodos: Estudio cuasiexperimental con medición pre-post intervención, realizado en la Unidad de Medicina Familiar No.22, durante el segundo semestre del 2023 y primer semestre de 2024. Se incluyeron 63 embarazadas. Se aplicó el "Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad" (alfa de Cronbach de 0.75), antes y después de dos sesiones educativas. Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov y se estableció la prueba estadística de Wilcoxon.

Resultados: Tras la intervención, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de ejercicio físico ($p < 0.001$), comer por bienestar psicológico ($p < 0.001$) y consumo de alcohol ($p < 0.001$). La intervención no modificó significativamente el contenido calórico ($p = 0.065$) ni alimentación saludable ($p = 0.269$).

Conclusión: La intervención educativa tuvo efectos positivos sobre ciertos hábitos de salud en embarazadas. Es recomendable fortalecer componentes educativos sobre alimentación saludable.

Palabras clave: Embarazo, intervención educativa, hábitos saludables.



Introducción.

El embarazo es un periodo sensible en la vida de toda mujer en el que experimenta profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales que preparan su cuerpo para la recepción/gestación del feto. Fisiológicamente, se presentan cambios cardiovasculares (por ejemplo, aumento del 30-50% en el gasto cardíaco; el volumen sanguíneo aumenta aproximadamente un 50%) con adaptaciones hormonales y metabólicas que alternan entre fases anabólicas y catabólicas necesarias para mantener las reservas de energía materna, mientras que los cambios neuroanatómicos implican neuro plasticidad adaptativa durante el embarazo ⁽¹⁾.

También se observan alteraciones digestivas que comprometen la defecación, el ardor de estómago y la digestión lenta con modificaciones fisiológicas que buscan promover la nutrición del feto ⁽²⁾. Desde una perspectiva psicológica, el embarazo se describe como una "crisis vital" con patología sintomática frecuente y predecible de ansiedad, depresión y otros cambios psicológicos destacados que pueden impactar potencialmente en el bienestar materno y en la relación madre-bebé ⁽³⁾.

Los estudios epidemiológicos indican la asociación entre los hábitos de vida maternos, especialmente la dieta y la actividad física, con la prevalencia de complicaciones obstétricas y los resultados perinatales. Las probabilidades de diabetes mellitus gestacional, hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia, cesárea y hemorragia posparto fueron dos a tres veces mayores en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019 observó que el 32% de las mujeres embarazadas eran obesas; de estas, el 42.6% tuvo complicaciones durante el embarazo o el parto ⁽⁴⁾.

Mientras tanto, la actividad física moderada durante 150 minutos/semana a una intensidad que incluya actividades aeróbicas, fortalecimiento muscular y estiramientos suaves, así como una dieta saludable, se ha asociado con una reducción de hasta el 30% en las tasas de desórdenes hipertensivos y un menor riesgo de parto prematuro, preeclampsia y diabetes gestacional, además de mejorar el estado psicológico materno⁽⁵⁻⁸⁾.

Se deben emplear programas educativos estructurados y culturalmente adaptados basados en modelos de comportamiento teórico para educar a las mujeres sobre comportamientos saludables durante el embarazo. Varios estudios han demostrado que la educación prenatal conduce a un mejor conocimiento, actitudes y prácticas entre las mujeres embarazadas, mejorando su autoeficacia y disminuyendo el miedo al parto con resultados perinatales positivos⁽⁹⁻¹¹⁾.

El embarazo ofrece una oportunidad para mejorar la salud de una mujer a través de la educación sobre comportamientos saludables que no solo previenen complicaciones médicas, sino también la autonomía de la mujer, la salud mental y el bienestar de la madre y su futuro hijo. Hay evidencia sobre la pertinencia de estudios que presentan datos sobre cómo funciona la intervención educativa adaptada.

Metodología.

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental, unicentrico, con mediciones pre y post intervención en mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Número 22 del IMSS (Teziutlán, Puebla) durante el segundo semestre del 2023 y primer semestre del 2024.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 22, IMSS, número de registro R-2023-2104-041. Se solicitó y obtuvo su consentimiento informado por escrito

www.ameyalimf.com



Criterios de elegibilidad: Esta encuesta consistió en mujeres embarazadas en el primer trimestre, que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Selección de muestra: Se utilizó el software de análisis de poder G*Power 3.1 para estimar el tamaño de muestra requerido a priori, presumiendo un tamaño del efecto pequeño-medio ($d = 0.4$), $\alpha = 0.05$ y poder del 80%. El tamaño mínimo de muestra requerido fue de 52. Teniendo en cuenta las bajas estimadas, esto se modificó a 63 mujeres embarazadas.

Instrumento: Se utilizó la adaptación a la población mexicana del “Cuestionario de hábitos relacionados con sobrepeso y obesidad”, previamente validado en población mexicana con un alfa de Cronbach de 0.75⁽¹²⁾. Este cuestionario permitió conocer de manera clara y respetuosa los hábitos de alimentación, actividad física, alimentación emocional y consumo de alcohol de las participantes. Cada mujer respondió los ítems de forma individual, y las respuestas se tradujeron en una puntuación total que refleja la adherencia a hábitos saludables o de riesgo durante el embarazo, respetando siempre su privacidad y autonomía.

Intervenciones: Se realizaron dos sesiones educativas de 1 hora de duración para las mujeres embarazadas. Las dos sesiones utilizaron conferencias y ejercicios experienciales en combinación.

Definiciones y complicaciones durante el embarazo con sobrepeso-obesidad: en la primera sesión, se definieron términos relevantes con explicación de complicaciones en embarazos con sobrepeso-obesidad. La segunda sesión discutió hábitos modificables para prevenir el sobrepeso y la obesidad durante el embarazo, con un enfoque en educar y cambiar comportamientos para una mejor salud en el período prenatal. Usando el formulario de consentimiento informado, un cuestionario proporcionó información sobre el comportamiento de los participantes antes y después de la intervención.

Resultados.

Tabla I: Variables sociodemográficas de las embarazadas participantes en el estudio

Variable	Frecuencias	% del Total
Estado civil		
Unión libre	36	57.1 %
Casada	15	23.8 %
Soltera	12	19.01%
Ocupación		
Ama de casa	19	30.2 %
Empleada	35	55.6 %
Estudiante	9	14.3 %
Escolaridad		
Primaria	5	7.9 %
Secundaria	14	22.2 %
Bachillerato	31	49.3 %
Licenciatura	13	20.6 %

Se incluyeron 63 mujeres embarazadas con edades, ocupación y escolaridad diversa, tabla I. En cuanto al índice de masa corporal, el 38.1% presento peso normal, 31.7% sobrepeso y 30.2 % obesidad, tabla II.

Tabla II: IMC de las embarazadas participantes en la intervención

IMC	Frecuencias	% del Total
Peso normal	24	38.1 %
Sobrepeso	20	31.7 %
Obesidad	19	30.2 %

La comparación global de las puntuaciones pre y post intervención mostro una mejoría significativa, lo cual indica que la intervención educativa tuvo un impacto positivo en los hábitos generales de las participantes.

Los datos pre y post no mostraron distribución normal por lo que utilizo la prueba de Wilcoxon.

Los hallazgos indican que la intervención fue efectiva para mejorar actividad física y hábitos relacionados con la alimentación emocional, tabla III.

Tabla III: Resultados estadísticos de cada una de las dimensiones del instrumento “Cuestionario de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad”

Dimensiones del cuestionario hábitos relacionados con sobrepeso y obesidad			
	Basal	Final	p
Contenido calórico	21.46	22.61	0.065
Comer por bienestar psicológico	7.20	8.49	< .001
Ejercicio	6.15	7.57	< .001
Alimentación saludable	17.14	11.65	0.269
Consumo de alcohol	2.98	4.20	< .001

Los datos pre y post no mostraron distribución normal por lo que utilizo la prueba de Wilcoxon. La significancia estadística se establece en p < .05

Discusión.

Esta investigación mostró que una intervención educativa corta afectó algunos hábitos saludables en las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. Se encontraron efectos significativos para las dimensiones de ejercicio físico, uso de alcohol y alimentación emocional (comer en respuesta a las emociones). No hubo modificación significativa en la alimentación sana ni en el contenido calórico de los hábitos, lo que indica que podrían ser necesarias intervenciones más prolongadas o repetidas. También se identificó una alta prevalencia de sobrepeso-obesidad hacia los participantes del estudio (61.9%), esto según ENSANUT 2018-2019, que habla sobre esta tendencia de sobrepeso y obesidad en la misma población de mujeres mexicanas embarazadas, un gran problema ⁽⁴⁾.

Los hallazgos concuerdan con otros estudios que subrayan el embarazo como un periodo de oportunidad para el cambio de comportamiento. Ramón-Arbués et al. mostraron que el trabajo físico regular durante el embarazo conduce a la reducción del riesgo de ganancia de peso ⁽¹³⁾. Hernández Biyelin también encontró que el conocimiento y la autoeficacia aumentaron después de intervenciones educativas en mujeres embarazadas ⁽¹⁴⁾.

La efectividad de la intervención educativa encontrada en el ejercicio, el alcohol y la alimentación emocional estaría implícita por la configuración dinámica y accesible de las clases participativas que unieron teoría a actividades prácticas facilitando la comprensión y aplicación de lo aprendido. Los programas de educación incorporados en la atención prenatal pueden ser útiles en la prevención de complicaciones relacionadas con sobrepeso y obesidad gestacional, incluida la diabetes mellitus gestacional, la hipertensión inducida por el embarazo y la preeclampsia ⁽¹⁵⁾. Se enfatizar el papel de los médicos en la prevención primaria y el bienestar materno-infantil, comenzando en el primer nivel de atención.

Efecto de una intervención educativa sobre los hábitos saludables de mujeres con embarazo/ Karla Santos et al.

Conclusiones.

La intervención educativa de la presente investigación resultó útil para promover algunos comportamientos saludables de las mujeres embarazadas, especialmente en lo que respecta a la actividad física, el consumo de alcohol, la alimentación emocional y la gestión del bienestar psicológico. Estos hallazgos respaldan aún más el concepto de que el embarazo es un período de oportunidad para mejorar la salud materna e influencias positivas en comportamientos que conducen directamente a la prevención de complicaciones asociadas como la diabetes mellitus gestacional y preeclampsia.

Aunque la intervención no alteró la ingesta calórica ni la calidad general de la dieta, los resultados de este trabajo indican que las intervenciones educativas a corto plazo y participativas son potencialmente eficaces para modificar el comportamiento en algunos aspectos (particularmente cuando se complementan con actividades prácticas y culturalmente adaptadas), incluso si es temporalmente. Esto resalta aún más la necesidad de que los programas educativos formen parte del cuidado prenatal, con el fin de apoyar comportamientos saludables desde el primer encuentro con el sistema de salud y mejorar la autoeficacia y el bienestar general entre las mujeres embarazadas. Finalmente, los resultados del presente estudio ofrecen evidencia local de la factibilidad y relevancia de medidas educativas en ambientes de atención primaria, planteando cuestiones que necesitan más consideración, como evaluaciones sobre la sostenibilidad a través del seguimiento posparto y las implicaciones en la condición socio-cultural-económica que podrían influir en la adopción total de rutinas más saludables.



Referencias

1. Merck Manuals. Fisiología del embarazo. Merck & Co.; 2025.
2. Chandra M, Paray AA. Physiological changes during pregnancy. Yale J Biol Med. 2024;97(1):85–92. doi:10.59249/JTIV4138
3. Girmatsion Y, et al. Social support and mental health in pregnancy: systematic review. Reprod Health. 2021;18:162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5
4. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2018–2019. INSP; 2019.
5. Kurnaz D, Karaçam Z. Maternal obesity management and outcomes: systematic review. Int J Obes. 2025;49(5):1013–23. doi:10.1038/s41366-025-01748-y
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity during pregnancy and postpartum. Obstet Gynecol. 2020;135(4):e178–88. doi:10.1097/AOG.0000000000003772
7. World Health Organization. Recommendations on antenatal care. Geneva: WHO; 2016.
8. Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, Blauer-Peterson C, O'Brien M. Education, resources and maternal health behaviors. Matern Child Health J. 2022;26(5):1074–82. doi:10.1007/s10995-022-03388-9
9. BioMed Central. Nurse-led antenatal education: self-efficacy outcomes. BMC Nurs. 2022;21:56. doi:10.1186/s12912-022-00859-2
10. Oka M, Madeni F, Horiuchi S. Group education on preeclampsia knowledge, Tanzania. Jpn J Nurs Sci. 2022;19(4):e12502. doi:10.1111/jjns.12502
11. SciELO. Educational programs for maternal health: evaluation. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2019;19(3):345–56. doi:10.1590/1806-93042019000300004
12. Pardo Merino A, Petrie Carrillo MA, García Ríos P, Jurado Vázquez B, Escalante Lorenzana NR, Vázquez Barrios V. Adaptación mexicana de cuestionario sobrepeso/obesidad. Nutr Hosp. 2018;35(4):854–63.
13. Ramón-Arhués E, Saavedra-García C. Physical activity and gestational weight gain: review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2023;36(12):2300–9. doi:10.1080/14767058.2021.1969075
14. Hernández Biyein J. Educational interventions in pregnancy: outcomes. Rev Latinoam Educ Med. 2022;16(2):45–52.
15. American Diabetes Association. Diabetes management in pregnancy: Standards of care. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S200–10. doi:10.2337/dc23-S014



¿QUIERES PUBLICAR
EN LA REVISTA
AMEYALI?

ENVÍA
A

ameyalieditorial@gmail.com

TU TRABAJO CON LAS
ESPECIFICACIONES REQUERIDAS
Y LOS SIGUIENTES DATOS:

- NOMBRE.
 - TELÉFONO
- RESEÑA CURRICULAR
DE 200 PALABRAS
MÁXIMO.



ESPECIFICACIONES

Resúmenes

- Archivos en WORD.
- Títulos; 12 a 15 palabras.
- Resumen: Introduccion. Objetivo, Métodos y Resultados y Bibliografía.
- Máximo 300 palabras en tomar en cuenta referencias Preferentemente sí se usen la mayoría de las palabras en resultados).
- Al menos una figura, máximo 2.

Entrevistas

- Archivos en Word.
- Títulos 1200 palabras.
- Máximo 1000 palabras si tomar mínim referencias en titulo.
- Introducción, caso clínico y discusión.
- Al menos una figura, máximo 2.

Revisión

- Archivos en Word.
- Títulos 12 a 15 caracteres. Extensión mínima de 2 unidades a máximo (800 a 1600 palabras)
- Al menos una figura, máximo 3.

Casos clínicos

- Archivos en Word.
- Título hasta 20 caracteres.
- Máximo 1000 palabras si tomar mínimo de 1 caso a máximo a (400 a 1200 palabras).
- Al menos una figura, máximo de 5.

Experiencia médico familiar (Way-Nakay)

- Archivos en Word.
- Título hasta 20 caracteres.
- Mínimo de 1 página base una página (aproximadamente 400 a 1200 palabras).
- Al menos una figura, máximo de 5.

Reseña cultural

- Archivos en Word.
- Título hasta 20 palabras.
- Máximo de 2 páginas (1000 palabras).
- Al menos una figura,



QUIERES SER EDITOR?

Forma parte del equipo editorial de Ameyali y contribuye con tu talento.



Nombre



Teléfono



C.V.



Trabajos previos
como editor o escritor

ENVÍA TU SOLICITUD

ameyalieditorial@gmail.com

