

AMEYALI

REVISTA MÉDICA



NUEVO AÑO
NUEVOS RETOS

NUEVA MESA DIRECTIVA 2025-2027

ENERO 2026 - VOL. 7, NUM 1. EDICIÓN CUATRIMESTRAL. - DISPONIBLE EN WWW.AMEYALIMF.COM



BIENVENIDO

Conoce quienes somos

AMEYALI nace como un movimiento de jóvenes médicos familiares comprometidos con transformar la educación, la investigación y la práctica de la Medicina Familiar en México. Su nombre proviene del náhuatl y significa “manantial” o “fuente de agua viva”, simbolizando el flujo constante de ideas, aprendizaje y trabajo colaborativo que caracteriza a nuestra comunidad. Desde sus inicios, AMEYALI ha buscado ser un espacio de encuentro, crecimiento y humanismo para profesionales en formación y especialistas que comparten la pasión por fortalecer el primer nivel de atención.

Hoy, AMEYALI forma parte activa de WONCA Young Doctors Movement (YDM), a través del movimiento Waynakay, una red internacional que impulsa la innovación, la investigación y el liderazgo joven en la atención primaria. Nuestra revista surge como un reflejo de este espíritu: un punto de convergencia entre conocimiento, creatividad y compromiso social. En cada edición compartimos experiencias, proyectos, reflexiones y hallazgos que fortalecen a quienes trabajamos por una Medicina Familiar más humana, más científica y más cercana a las necesidades de nuestras comunidades.

DR. GERARDO ALBERTO LÓPEZ GONZÁLEZ
Jefe Editorial

CONTACTANOS

CORREO ELECTRÓNICO

ameyalieditorial@gmail.com

PUEDES VER NUESTRAS EDICIONES PREVIAS EN ;

www.ameyalimf.com

CONOCE NUESTRA MASCOTA:

Dicen que cada movimiento necesita una voz que lo acompañe... Nosotros elegimos una sonrisa: **Axoloyali**, la nueva embajadora de AMEYALI.

El Ajolote refleja el espíritu de nuestro movimiento: fluir, aprender, transformarnos y volver a empezar. Es símbolo de persistencia y renovación, Axoloyali nos recuerda que en la Medicina Familiar siempre existe la posibilidad de reconstruir y acompañar con humanidad. Además de ser una especie exclusivamente mexicana.

A partir de ahora, la verán guiando contenidos, compartiendo mensajes y siendo parte de esta comunidad que sigue creciendo.



EDITORIAL

JEFATURA EDITORIAL.



Gerardo Alberto
López González

DISEÑO GRÁFICO.



Guillermo Tercero
Bocanegra Hernandez

EDITORES.



Ivan Josué Jiménez González



Indira Rocio Mendiola Pastrana



Zorina Estefania Ortega Sosa



Erick Pérez Alvarado



Alejandra Pérez Hernández



David Antonio Ramírez Pérez



CONTACTO:

ameyalieditorial@gmail.com

<https://www.ameyalimf.com>



CONTENIDO

- 04 FACTORES DE RIESGO DE MAYOR PREVALENCIA ASOCIADOS A SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES DE LA UMF 73**

Dr. Miguel Ángel Guzmán Machain

- 07 NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINIZADOS.**

Dra. Eva María Cuecuecha

- 10 FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Dr. Jair Hernández Quinto

- 17 TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 79, PIEDRAS NEGRAS COAHUILA**

Dr. Ernesto Rafael Menchaca Ortiz

- 20 CÁNCER DE MAMA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS.**

Dr. Jesús Antonio Rosette Feliciano

- 26 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 DESCONTROLADA Y NEUROPATÍA PERIFÉRICA**

Dr. Jose Antonio Castillo Sánchez.



- 32 ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF NO. 73 DE SALTILLO, COAHUILA**

Dra. María Isabel de León Hernández

- 36 INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN EMBARAZADAS: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 12**

Dra. Natalia Genico Nolasco Ahuatl

- 38 PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF NO. 73 DE SALTILLO, COAHUILA.**

Dra. Ilse Sugeiry Barboza Guajardo

- 40 FACTORES ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 73, SALTILLO COAHUILA**

Dr. Emmanuel Casanova de León

- 42 INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN RELACIÓN CON LA EDAD GESTACIONAL, UMF 66**

Dra. Wendy Susana Luevanos Ibarra



AMEMFET

III CONGRESO ESTATAL XX CONGRESO REGIONAL MEDICINA FAMILIAR TLAXCALA 2026

29, 30 y 31 de enero

OBESIDAD : la
epidemia silenciosa,
el rol del médico
familiar

35 puntos de valor curricular



QR de inscripción



Centro Vacacional IMSS
La Trinidad, Tlaxcala

Mayores informes a los teléfonos: 2461258020,
2464690487, 2464690487

pag 3



XXX
Colegio de Medicina Familiar del
Estado de Puebla A.C.



Factores de riesgo de mayor prevalencia asociados a sospecha de cáncer de mama en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 73

Miguel Ángel Guzmán Machain

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73 de Saltillo Coahuila.

ANTECEDENTES

El cáncer de mama (Cama) es la neoplasia maligna más común en mujeres a nivel mundial, con una prevalencia del 12%. Es una de las principales causas de muerte en las mujeres.

OBJETIVO

Analizar los factores de riesgo de mayor prevalencia asociados a sospecha de cáncer de mama en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 73.

MATERIAL Y MÉTODOS

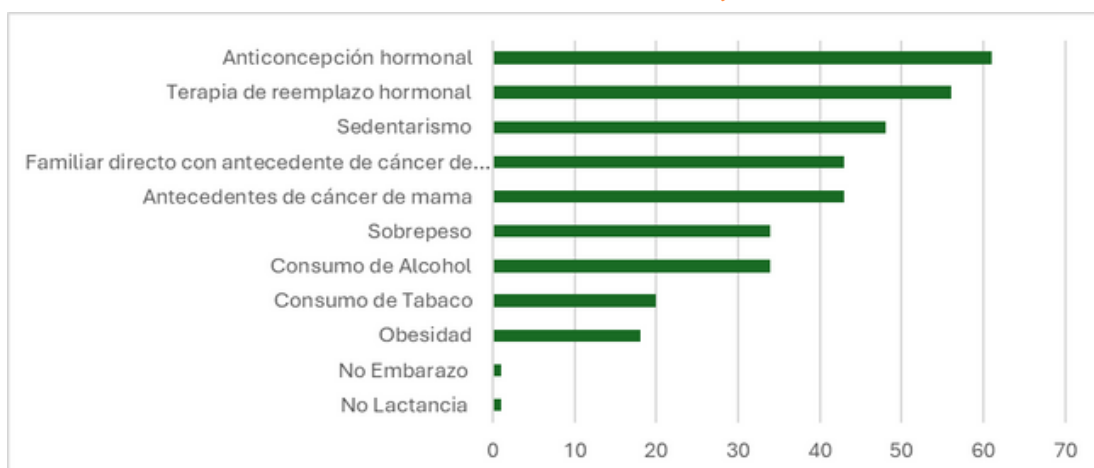
Se llevo a cabo un estudio analítico en relación con los factores de riesgo de mayor prevalencia en una muestra no probabilística en 63 mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 73 en Saltillo Coahuila

RESULTADOS

En la población estudiada ($n = 63$) se identificaron diversos factores de riesgo para cáncer de mama. Solo el 17.5% de las mujeres presentó un IMC normal, mientras que el 54.0% mostró sobrepeso y el 28.6% obesidad. El 31.7% refirió consumo de tabaco. La mayoría (96.8%) había recibido terapia hormonal.

En cuanto a anticoncepción, el método oral fue el más utilizado (88.9%), seguido del inyectable mensual (11.1%). Además, el 68.3% reportó antecedentes familiares de cáncer de mama. En relación con la historia reproductiva, el 98.4% había tenido al menos un embarazo, siendo más frecuente el primer embarazo entre los 20 y 21 años (52.4% de los casos)

Figura 1. Factores de Riesgo para Cancer de mama. Se muestran las frecuencias de factores modificables y no modificables



Factores de riesgo de mayor prevalencia asociados a sospecha de cáncer de mama en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 73

Miguel Ángel Guzmán Machain

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73 de Saltillo Coahuila.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama en la población estudiada se relaciona con una alta prevalencia de factores de riesgo modificables y no modificables. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias locales de prevención y detección temprana orientadas a reducir la carga de la enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

1.- León Santillán EA, Paucar Andrade AC, Vélez Vinueza V, Benites Delgado LD. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Más Vita. 2022 Jul 1;4(2):178-95.

2.- Espinosa Loaiza CA, Celleri Carrasco PA, Soto Llor MI, Reinoso Salazar DI, Bermúdez Zambrano GM, Zea Altamirano EE. Fundamentos de Ginecología y Obstetricia Vol. 4. Fundamentos de Ginecología y Obstetricia Vol. 4. Juan Cuevas; 2023.

3.- Arceo-Martínez MT, López-Meza JE, Ochoa-Zarzosa A, Palomera-Sánchez Z. Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. Gaceta Mexicana de Oncología. 2021 Jul 29;20(3).



¡ Aún estás a tiempo!

XXIII CONGRESO DE SALUD FAMILIAR DEL VALLE DE MÉXICO



"Estilo de vida y vida con estilo"

**31 Enero, 01 y 02
de Febrero 2026**

HACIENDA LA MURALLA

Carretera San Juan del Rio Km 26
Amealco de Bonfil, Querétaro

 medgralyfam.org

INSCRIPCIONES:

55 18 39 48 93

medgralyfam17@hotmail.com



Inscríbete el día de hoy y busca las bases para presentación de trabajos libres en redes sociales.

Nivel de conocimientos y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no insulinizados.

Eva María Flores Cuecuecha¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73, Saltillo Coahuila

Antecedentes

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una condición clínica considerada un problema de salud pública ya que va en aumento. En México, afecta a más del 14% de la población adulta, con altas tasas de mal control metabólico. El diagnóstico y tratamiento inicial debe ser multidisciplinario centrado en el paciente, el control de factores de riesgo, adecuado control metabólico y la educación en diabetes, enfocando sus objetivos de promoción y prevención en el primer nivel de atención

Objetivo General

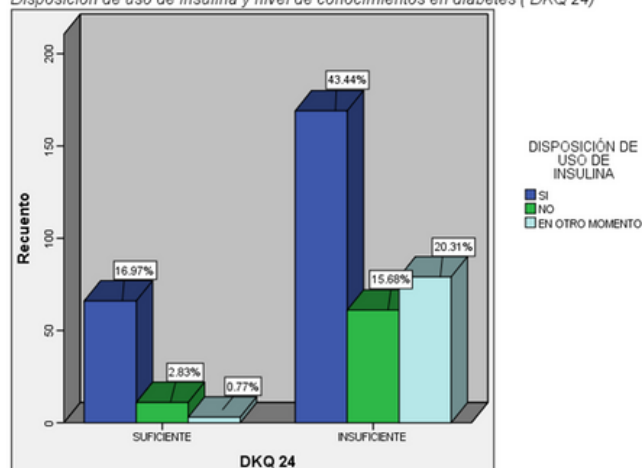
Analizar la relación entre nivel de conocimientos y el control metabólico en pacientes con DM2 no insulinizados de la UMF no. 73 de Saltillo Coahuila.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de investigación observacional, analítico, transversal en pacientes entre 20 a 60 años adscritos a la UMF 73. Se aplicó DKQ-24 para medir el nivel de conocimientos sobre DM2, alfa Cronbach 0.84, se registraron valores de glucosa, colesterol, triglicéridos en los últimos 6 meses y nivel de aceptación de insulina. Se incluyeron 389 pacientes con DM2 sin terapia con insulina. Se aplicaron pruebas de asociación (chi-cuadrado, $p < 0.05$)

Figura 1

Disposición de uso de insulina y nivel de conocimientos en diabetes (DKQ 24)



Fuente: Instrumento de recolección de datos Flores Cuecuecha 2024

Referencias

1. Brunton LL, Knollman BC. Editors. En: Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica, 14e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022 [citado el 6 de octubre de 2023].
2. Kojdamanian Favetto V. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Evid actual pract ambul. el 15 de junio de 2022;25(2):e007015.
3. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes mellitus tipo 2. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología; 2021.
4. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. el 1 de enero de 2023;46(Supplement 1):S19–40.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025 Jan;48(1 Suppl 1):S1–S352. doi:10.2337/dc25-S009

Recursos e infraestructura

Financiamiento por el investigador, apoyo de personal directivo de la unidad, así como la infraestructura y equipamiento necesario para llevar a cabo la investigación.

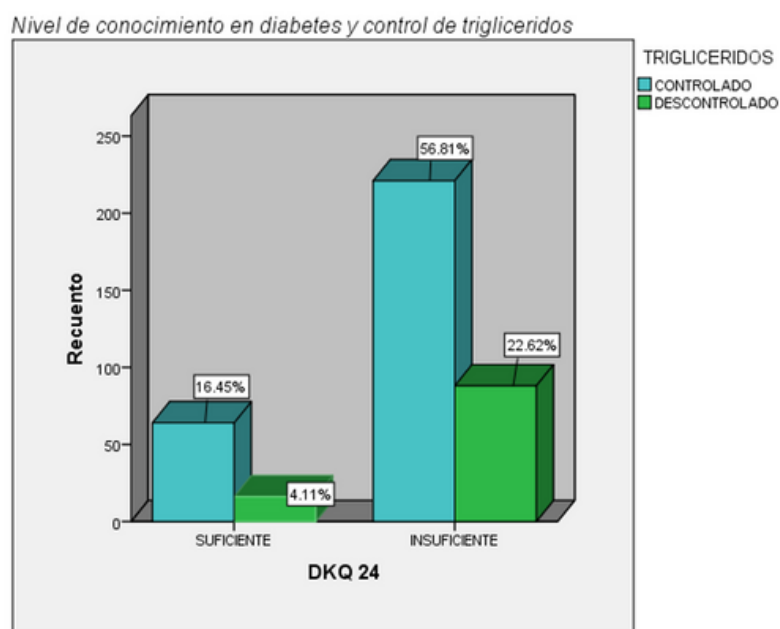
Referencias

1. Brunton LL, Knollman BC. Editors. En: Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica, 14e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022 [citado el 6 de octubre de 2023].
2. Kojdamanian Favetto V. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Evid actual pract ambul. el 15 de junio de 2022;25(2):e007015.
3. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica hospitalaria de diabetes mellitus tipo 2. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología; 2021.
4. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. el 1 de enero de 2023;46(Supplement_1):S19–40.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025 Jan;48(1 Suppl 1):S1–S352. doi:10.2337/dc25-S009

Resultados

Análisis entre variables no evidenció una asociación significativa entre el nivel de conocimientos en diabetes y el control de la HbA1c ($p = 0.653$), Triglicéridos ($p = 0.127$), colesterol ($p = 0.141$), glucosa en ayuno ($p = 0.400$), una asociación significativa entre grado de estudios y la disposición al uso de insulina con un valor de ($p = 0.004$), la ocupación y su disposición a usar insulina ($p = 0.0001$), el tiempo de diagnóstico y el control glucémico en ayuno $p = 0.004$. El tiempo de evolución de DM2 y triglicéridos descontrolados $p = 0.003$.

Figura 2



FUENTE: Instrumento de recolección de datos Flores Cuecuecha 2024

Conclusiones

Se observó que los pacientes con mayor nivel de conocimiento sobre DM2 presentan una mayor disposición a iniciar tratamiento con insulina pero no se asocia de forma directa en el control metabólico, mientras que aquellos con nivel de conocimiento insuficiente muestran mayor rechazo. A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, aumenta la proporción con triglicéridos descontrolados (<10 años de enfermedad). Estos hallazgos sustentan la necesidad de implementar programas educativos continuos y personalizados para mejor control metabólico

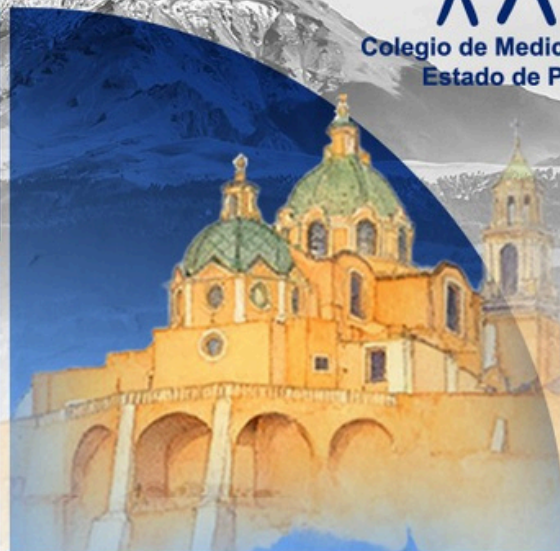


FEDERACIÓN MEXICANA
DE ESPECIALISTAS
Y RESIDENTES EN
**MEDICINA
FAMILIAR A.C.**



Colegio de Medicina Familiar del
Estado de Puebla A.C.

XXXVI Congreso Nacional Medicina familiar PUEBLA



Mayo
20 al 23

2026



**“Salud que trasciende
fortaleciendo y uniendo
familias”**

SEDE ACADÉMICA Y CIENTÍFICA
CENTRO DE CONVENCIONES WILLIAM O. JENKINS, PUEBLA



FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Jair Hernández Quinto¹, Claudia Janeth Hernández López¹, Guillermo Tercero Bocanegra Hernández¹.

¹Unidad de Medicina Familiar No. 81, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad Acuña, Coahuila, México.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han emitido recomendaciones globales para promover la lactancia materna (LM) en los servicios de maternidad, destacando el inicio temprano, el contacto piel con piel y el acompañamiento continuo durante el puerperio. Estas intervenciones se asocian con mayor probabilidad de inicio oportuno y con una mayor duración de la lactancia materna exclusiva (LME). Sin embargo, factores maternos, familiares, sociales y del entorno de atención pueden limitar tanto el inicio como la continuidad de la LM, especialmente en poblaciones vulnerables como las madres adolescentes.

Las prácticas intrahospitalarias influyen de manera significativa en el inicio y la duración de la LM. A pesar de que una alta proporción de recién nacidos es colocada al seno materno, la prevalencia de LME muestra una amplia variabilidad a nivel mundial, con estimaciones que oscilan entre 7.7% y 68.3%. Asimismo, la duración promedio de la LM varía considerablemente entre regiones, con medianas reportadas entre 6.3 y 21.7 meses. En México, la LME a los seis meses se ha estimado alrededor de 14-15%, con una mediana de duración de la LM cercana a 10 meses y un inicio temprano subóptimo.

La LM confiere beneficios inmunológicos, metabólicos y psicosociales tanto para el lactante como para la madre. En la descendencia, se asocia con menor riesgo futuro de obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2. En la madre, se ha relacionado con menor riesgo de cáncer de mama y ovario, así como con efectos favorables en el vínculo materno-infantil. Por estos motivos, la OMS recomienda la LME durante los primeros seis meses de vida y la continuación de la LM, junto con alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años o más.

RESUMEN

Objetivo: Describir cuántas madres adolescentes no inician o suspenden la lactancia materna (LM) durante el primer año posparto y con qué factores familiares y del parto se relaciona.

Diseño: Cohorte prospectiva.

Métodos: Se incluyeron madres adolescentes de 15 a 19 años (n=184) atendidas en primer nivel de atención. Se registró el inicio de LM y el momento de suspensión hasta 12 meses. LM se definió como cualquier cantidad de leche materna y lactancia materna exclusiva (LME) como alimentación exclusiva con leche materna. Se compararon características entre quienes mantuvieron y quienes suspendieron la LM mediante análisis bivariado; la continuidad de LM se describió con una curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: El 48.6% no inició LM. La probabilidad de continuar lactando fue $S(1 \text{ mes})=0.50$ (IC95% 0.43-0.57); $S(3)=0.34$ (0.27-0.41); $S(6)=0.10$ (0.065-0.15); $S(12)=0.054$ (0.028-0.094). La mediana del tiempo hasta el abandono fue de 1 mes. Entre las 42 que mantuvieron LM (22.83%), 54.8% alcanzaron ≥ 6 meses y 21.4% continuaban a 12 meses (aprox. 4.9% del total).

Conclusiones: La LM en adolescentes se interrumpe de manera temprana y frecuente. Se requieren intervenciones intensivas durante las primeras semanas posparto, enfocadas en apoyo técnico y consejería.



Diversos factores se han descrito como facilitadores del mantenimiento de la LM, entre ellos el inicio inmediato tras el parto, el contacto piel con piel, la experiencia materna previa, el apoyo familiar y condiciones laborales favorables. No obstante, múltiples estudios observacionales muestran una disminución marcada de la LME entre los tres y seis meses de vida. Las razones más frecuentes de suspensión incluyen la percepción materna de baja producción de leche y el retorno a actividades escolares o laborales.

En el caso de las adolescentes, la maternidad temprana se acompaña de retos adicionales, como la continuidad escolar, la incorporación temprana al trabajo y redes de apoyo familiar variables, lo que puede acortar aún más la duración de la LM. Resulta necesario caracterizar en este grupo el momento en que se abandona la LM y los factores asociados al no inicio o a la suspensión temprana, con el fin de orientar intervenciones factibles desde el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectiva y longitudinal en madres adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el primer nivel de atención. El tamaño de muestra se calculó mediante una fórmula para estudios de prevalencia, con un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, utilizando una prevalencia esperada de abandono de la LM antes de los seis meses del 86%. Se obtuvo una muestra de 184 participantes, reclutadas de manera consecutiva mediante muestreo no probabilístico.

Se incluyeron madres adolescentes de 15 a 19 años con recién nacido vivo, seguimiento en la misma unidad de atención y aceptación para participar mediante consentimiento informado; en menores de edad, se obtuvo además asentimiento y consentimiento del tutor. Se excluyeron madres con parto múltiple, parto pretérmino menor de 34 semanas y aquellas con contraindicaciones absolutas para la LM. Los criterios de eliminación fueron el retiro del consentimiento o la pérdida de seguimiento durante el periodo de estudio. La situación de LM se documentó al alta hospitalaria y en seguimientos programados a 1, 3, 6 y 12 meses posparto, mediante consulta presencial y/o llamada telefónica. En caso de interrupción del seguimiento, se conservó el último mes con información disponible.

Se aplicó un cuestionario ad hoc mediante entrevista directa estandarizada por personal capacitado. Se registraron variables sociodemográficas y obstétricas (edad, escolaridad, estado civil, actividad laboral fuera del hogar, nivel socioeconómico, paridad y vía de nacimiento), así como variables relacionadas con la lactancia (inicio de LM, LME, motivos de suspensión y mes de suspensión referido por la madre).

www.ameyalimf.com



Para fines operativos, la LM se definió como cualquier cantidad de leche materna, con o sin otros alimentos, y la LME como alimentación exclusiva con leche materna. El abandono de la LM se definió como el mes en el que la madre reportó haber dejado de amamantar; el no inicio correspondió a la ausencia de LM en cualquier momento del seguimiento.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. Para la comparación entre quienes mantuvieron y quienes suspendieron la LM se utilizaron pruebas χ^2 o exacta de Fisher para proporciones, y t de Student o Mann-Whitney para variables continuas, según los supuestos estadísticos. La continuidad de la LM se analizó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, reportando la función de supervivencia $S(t)$ con intervalos de confianza del 95% calculados mediante el método de Greenwood, así como la mediana del tiempo hasta la suspensión. Se aplicó censura administrativa a los 12 meses, y las madres que no iniciaron LM se consideraron como evento en tiempo aproximado a cero.



RESULTADOS

Se incluyeron 184 madres adolescentes con edades entre 15 y 19 años. Del total, 142 participantes (77.17%) se clasificaron en el grupo de suspensión o abandono de la LM, incluyendo a aquellas que no iniciaron, y 42 (22.83%) en el grupo de mantenimiento. Dentro del grupo de abandono, 69 madres (48.6%) no iniciaron LM, lo que equivale a 37.5% del total de la cohorte.

Entre las madres que iniciaron LM y posteriormente la suspendieron, la interrupción se concentró principalmente durante los primeros tres meses posparto. De las 42 madres que continuaron lactando, 23 (54.8%) alcanzaron una duración igual o mayor a seis meses y 9 (21.4%) continuaban lactando a los 12 meses, lo que representa aproximadamente 4.9% del total de la muestra.

La curva de supervivencia de Kaplan–Meier mostró una probabilidad de continuar lactando de $S(1 \text{ mes})=0.50$ (IC95% 0.43–0.57), $S(3)=0.34$ (0.27–0.41), $S(6)=0.10$ (0.065–0.15) y $S(12)=0.054$ (0.028–0.094). La mediana del tiempo hasta la suspensión de la LM fue de un mes.

En el análisis bivariado, el grupo que mantuvo LM presentó mayor paridad promedio en comparación con el grupo de abandono (1.67 ± 0.72 vs 1.19 ± 0.39 ; $p<0.001$). La cesárea fue más frecuente en el grupo de mantenimiento (45.24%) que en el de abandono (26.76%; $p=0.023$). La unión libre fue más común en el grupo de abandono (50.00%) que en el de mantenimiento (40.48%; $p=0.006$). La actividad laboral fuera del hogar fue más frecuente en el grupo de mantenimiento (69.05%) que en el de abandono (47.89%; $p=0.016$). La LME fue más frecuente en el grupo de mantenimiento (45.24%) que en el de abandono (9.15%; $p<0.001$). La edad materna no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Respecto a los motivos de suspensión, predominó la percepción de “poca leche” (46.48% en el grupo de abandono frente a 9.52% en el de mantenimiento; $p<0.001$), seguida del retorno laboral y otras causas referidas por las participantes.

DISCUSIÓN

Este estudio documenta una interrupción temprana y frecuente de la LM en madres adolescentes atendidas en el primer nivel de atención. La mediana de abandono de un mes y la baja probabilidad de continuidad a los seis meses evidencian una ventana crítica durante el puerperio temprano, en la que las intervenciones de apoyo pueden tener mayor impacto.

La elevada proporción de adolescentes que no iniciaron LM sugiere la presencia de barreras previas al alta hospitalaria, relacionadas con prácticas intrahospitalarias subóptimas, falta de acompañamiento técnico y escasa consejería durante el puerperio inmediato.

Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que señalan el inicio tardío y la ausencia de apoyo especializado como determinantes del no inicio.

La percepción materna de baja producción de leche fue el motivo más frecuente de suspensión, en concordancia con reportes nacionales e internacionales. Este hallazgo resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a fortalecer la confianza materna, corregir problemas de técnica de amamantamiento y brindar información clara sobre la fisiología de la lactancia.

Las asociaciones observadas entre mayor paridad y mantenimiento de la LM pueden reflejar una mayor experiencia previa y autoconfianza en la lactancia. La asociación con cesárea, aunque contraria a lo descrito en algunos contextos, podría explicarse por una mayor vigilancia posnatal o contacto con servicios de salud. La mayor frecuencia de actividad laboral fuera del hogar en el grupo que mantuvo LM sugiere que la presencia de redes de apoyo familiar o condiciones laborales flexibles puede mitigar el impacto negativo del trabajo o la escuela sobre la lactancia. Entre las limitaciones del estudio se encuentran su carácter unicéntrico, el uso de un cuestionario ad hoc sin validación formal, la información autorreferida susceptible a sesgo de recuerdo y la ausencia de análisis multivariados ajustados. No obstante, el diseño prospectivo y el uso de análisis de supervivencia fortalecen la validez temporal de los resultados.



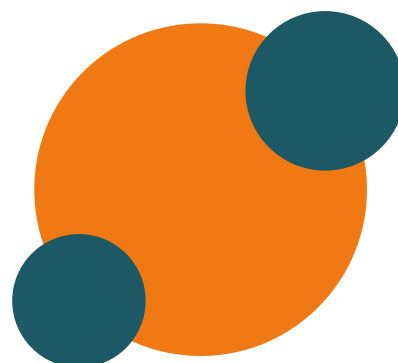
CONCLUSIONES.

En madres adolescentes atendidas en el primer nivel de atención, la lactancia materna se interrumpe de forma muy temprana y con alta frecuencia. Más de un tercio de las participantes no inició LM y solo una minoría logró mantenerla más allá de seis meses. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar intervenciones intensivas durante las primeras semanas posparto, enfocadas en el inicio oportuno de la lactancia, el apoyo técnico continuo, el abordaje de la percepción de baja producción de leche y la articulación de estrategias que faciliten la continuidad escolar y laboral compatibles con la LM.



REFERENCIAS

1. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: WHO; 2017.
2. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO; 2018.
3. Unar-Munguía M, Stern D, Colchero MA, González de Cosío T. The burden of suboptimal breastfeeding in Mexico. *Matern Child Nutr.* 2019;15(1):e12661.
4. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva D, Bermúdez-Gordillo L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med.* 2015;63(2):217-227.
5. Mateus-Solarte JC, Cabrera-Arana GA. Factores asociados con la práctica de lactancia exclusiva. *Colomb Med (Cali).* 2019;50(1):22-29.





XIII Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar:

Construyendo comunidades saludables con ciencia, corazón y liderazgo.
León, Guanajuato

Del 12 al 14 de noviembre, la ciudad de León, Guanajuato, se convirtió en el punto de encuentro para la comunidad de Medicina Familiar del país, al recibir el XIII Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar. Bajo el lema “Construyendo comunidades saludables con ciencia, corazón y liderazgo”,

Esta edición destacó por su ambiente académico vibrante, su alcance internacional y la extraordinaria coordinación realizada por los residentes de la región.

El evento contó con una participación total de 170 congresistas, entre asistentes presenciales, virtuales e invitados especiales, quienes enriquecieron cada espacio de diálogo y aprendizaje.

Una sede impecablemente organizada

La sede en León brilló no solo por su hospitalidad, sino por la formidable organización realizada por los residentes de Medicina Familiar de la región, quienes imprimieron energía, profesionalismo y calidez en cada detalle logístico.

El liderazgo del Dr. Abel Corralejo, R3 de Medicina Familiar, fue fundamental para garantizar un congreso ordenado, puntual y con una experiencia positiva para todos los participantes. Su trabajo coordinado con el equipo de residentes permitió que la sede se consolidara como una de las mejor evaluadas en los últimos años.

XIII Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar

Un programa académico robusto y contemporáneo

El contenido académico incluyó 32 ponencias magistrales, impartidas por médicas y médicos ampliamente reconocidos en sus respectivas áreas, quienes brindaron exposiciones sobresalientes y de alto impacto para la formación del residente.

Los temas abordaron aspectos esenciales de la práctica clínica y comunitaria: liderazgo médico, toma de decisiones bajo presión, empatía digital, prevención cuaternaria, salud planetaria, resiliencia del profesional de la salud, medicina comunitaria, salud materno-infantil, intoxicaciones, geriatría, tabaquismo y habilidades clínicas fundamentales para el primer nivel de atención.

Además, se contó con la distinguida presencia de autoridades de la Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar (FEMERMEF), así como representantes del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, quienes participaron como ponentes invitados, reforzando el nivel académico y el compromiso formativo del congreso.

Foro Internacional: una mirada latinoamericana a la Medicina Familiar Rural

Uno de los momentos más destacados del congreso fue la realización del Foro Internacional “Medicina Familiar Rural en América Latina”, que reunió a médicos familiares de alto renombre regional provenientes de Argentina, Venezuela, República Dominicana, Brasil y Colombia.

Entre ellos destacó la presencia de la Dra. Alejandra León (Colombia), reconocida como WONCA Rising Star, quien –junto con el Dr. Mariano Granero, Dr. Juan Carlos Perozo, Dra. Harline Rufino y Dr. Augusto Cezar Dal Chavion– ofreció una visión profunda sobre los retos, innovaciones y oportunidades del ejercicio rural en la región.

Moderado por la Dra. Dora Patricia Bernal Ocampo, el foro consolidó un diálogo latinoamericano que reflejó la unidad y el compromiso del continente con la Medicina Familiar.

Exposición de carteles: ciencia joven en movimiento

El componente científico del congreso tuvo gran fuerza: se presentaron 64 carteles de investigación de forma presencial y 17 trabajos compartidos a distancia, abarcando áreas como salud mental, enfermedades crónicas, educación médica, salud comunitaria, geriatría, tabaquismo, farmacología y bioética.

La alta calidad metodológica y el entusiasmo de los residentes mostraron una generación comprometida con producir evidencia científica aplicable al primer nivel de atención.

XIII Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar

Acto de clausura: entrega de estafeta y presentación de la nueva Mesa Directiva de AMEYALI

El congreso concluyó con un emotivo acto de transición en el que el Dr. Luis Alfredo Cantor realizó la entrega de estafeta a la Dra. Marien Córdova, quien asumirá la presidencia de AMEYALI para el periodo 2025-2027.

Durante la ceremonia, la Dra. Marien presentó a su Mesa Directiva, integrada por médicas y médicos jóvenes comprometidos con fortalecer la educación, la investigación, la movilidad académica, la difusión, el reclutamiento y la vinculación social dentro del movimiento Waynakay en México. Este momento simbolizó continuidad, renovación y el fortalecimiento del liderazgo joven en Medicina Familiar.

Anuncio oficial: Tapachula, Chiapas será sede del XIV Congreso Nacional

Para cerrar con entusiasmo, se anunció que el XIV Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar se llevará a cabo en Tapachula, Chiapas, generando gran expectativa para la próxima edición, que promete mantener el espíritu académico, humano y latinoamericano que caracterizó al encuentro en León.



www.ameyalimf.com

TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 79, PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

Ernesto Rafael Menchaca Ortiz¹, Magdalena Cervantes Carranza¹, Megan Carolina Cerda Mancillas¹, Juan Manuel Cardona Chavarría¹, Irma Marcela Valdés Vázquez²

¹Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 79 OOAD Coahuila.

²Escuela de Medicina Unidad Norte, Universidad Autónoma de Coahuila

Introducción

La hipertensión arterial sistémica constituye un problema de salud pública y un factor de riesgo mayor para enfermedad cardiovascular. Un porcentaje importante de personas desconoce su diagnóstico, lo que favorece complicaciones prevenibles.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en una unidad de medicina familiar del IMSS. Se incluyeron adultos ≥ 18 años que aceptaron participar. La presión arterial se midió mediante el protocolo May Measurement Month.

Resultados

El 62.2% de los participantes fueron mujeres. La prevalencia global de hipertensión arterial fue del 59.3%. Del total de hipertensos, el 20.4% tenía diagnóstico previo y el 38.9% fue detectado mediante tamizaje.

Tabla 1. Distribución por sexo de la población estudiada (n=323)

Sexo	n	%
Mujeres	201	62.2
Hombres	122	37.8
Total	323	100

Fuente: Elaboración Propia



Resumen.

Introducción: La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable. El tamizaje oportuno en el primer nivel de atención permite identificar casos no diagnosticados.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipertensión arterial en adultos derechohabientes de una unidad de medicina familiar.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en 323 adultos ≥ 18 años. Se realizaron tres mediciones de presión arterial con técnica estandarizada. La hipertensión se definió como presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o tratamiento antihipertensivo.

Resultados: La prevalencia de hipertensión arterial fue del 59.3%. El 20.4% contaba con diagnóstico previo y el 38.9% correspondió a casos nuevos detectados por tamizaje.

Conclusiones: La elevada proporción de casos no diagnosticados refuerza la necesidad de implementar estrategias sistemáticas de tamizaje en el primer nivel de atención.

Palabras clave: hipertensión arterial, tamizaje, atención primaria, factores de riesgo.

Resultados.

Tabla 2. Prevalencia de hipertensión arterial y diagnóstico previo

Clasificación	n	%
No hipertensos	131	40.7
HTA con diagnóstico previo	66	20.4
HTA detectada por tamizaje	126	38.9
Total	323	100

Nota: Hipertensión arterial definida como PA $\geq 140/90$ mmHg o tratamiento antihipertensivo.
Fuente: Elaboración Propia

Discusión.

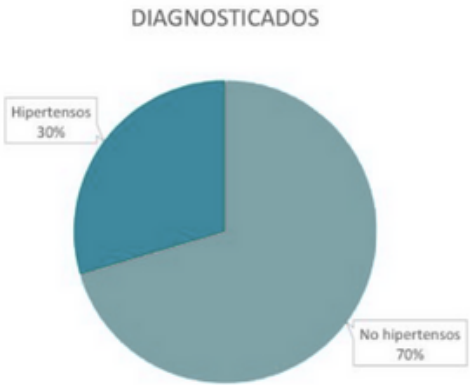
La prevalencia encontrada fue superior a la reportada a nivel nacional. La alta proporción de casos no diagnosticados coincide con reportes internacionales.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio confirman una elevada prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta atendida en la Unidad de Medicina Familiar No. 79, así como una proporción considerable de casos no diagnosticados previamente, lo que pone de manifiesto que esta patología continúa siendo un problema de salud subestimado en el primer nivel de atención. La naturaleza asintomática de la hipertensión arterial favorece su progresión silenciosa y retrasa el inicio de intervenciones oportunas, incrementando el riesgo de complicaciones cardiovasculares prevenibles. La detección de un número significativo de pacientes hipertensos mediante estrategias de tamizaje sistemático resalta la importancia de incorporar de manera rutinaria la medición adecuada de la presión arterial como parte integral de la atención médica cotidiana. Más allá de ser un procedimiento técnico, el tamizaje representa una oportunidad clínica para establecer un primer contacto con el paciente, fomentar la educación para la salud y promover la corresponsabilidad en el cuidado de la enfermedad crónica.

Estos resultados invitan a la reflexión sobre el rol del primer nivel de atención no solo como espacio de atención a la enfermedad, sino como un escenario clave para la prevención, la detección temprana y el acompañamiento longitudinal del paciente.

Figura 1. Prevalencia de hipertensión arterial y detección de casos nuevos mediante tamizaje



Nota: Del total de pacientes detectados con hipertensión arterial, solo el 30% se conocía hipertenso. *Fuente:* Elaboración Propia.

La hipertensión arterial, por su alta prevalencia y sus consecuencias a largo plazo, exige una visión integral que trascienda la consulta reactiva y fortalezca las acciones preventivas sistemáticas. Finalmente, se plantea la necesidad de reforzar las estrategias institucionales orientadas al tamizaje oportuno y al seguimiento continuo de los pacientes identificados, reconociendo que cada medición de presión arterial realizada de forma correcta puede representar una oportunidad para modificar el curso de la enfermedad y contribuir a la reducción de la carga cardiovascular en la población atendida

Referencias

- 1.Beaney T, Burrell LM, Castillo RR, et al. May Measurement Month 2017: an analysis of blood pressure screening results worldwide. Lancet Glob Health. 2018;6(7):e736–e743. doi:10.1016/S2214-109X(18)30259-6
- 2.Beaney T, Poulter NR, Stergiou GS, et al. May Measurement Month 2018: a pragmatic global screening campaign to raise awareness of blood pressure. Eur Heart J. 2019;40(25):2006–2017. doi:10.1093/eurheartj/ehz300
- 3.Beaney T, Schutte AE, Stergiou GS, et al. May Measurement Month 2019: the global blood pressure screening campaign of the International Society of Hypertension. Hypertension. 2020;76(2):333–341. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14874
- 4.Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
- 5.World Health Organization. Hypertension. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: [La hipertensión arterial, por su alta prevalencia y sus consecuencias a largo plazo, exige una visión integral que trascienda la consulta reactiva y fortalezca las acciones preventivas sistemáticas.](#)

ORGULLLOAMEYALI.

AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM

VOL 7 NUM 1 ENERO 2026.



Graduadas y graduados que dejan huella: una generación Ameyali en movimiento

La medicina familiar se construye desde la constancia, el compromiso y la vocación de servicio. En Ameyali, creemos firmemente que cada etapa formativa deja una marca que trasciende el tiempo y los espacios institucionales. Hoy, con profundo orgullo, reconocemos a una generación de médicas y médicos familiares que han concluido su periodo como miembros de nuestro movimiento. Las y los graduados que hoy reconocemos provienen de distintos contextos y regiones del país, reflejando la diversidad y riqueza de la medicina familiar en México:

- **María Isabel Favela Amador** – Chihuahua
- **Tania Marisol Peña Arriaga** – Nuevo León
- **Sergio Alberto Lenin Torres Martínez** – CDMX
- **Celina Mora Hernández** – Jalisco
- **César Alejandro Mendoza García** – Oaxaca
- **Merced Méndez Martínez** – Guanajuato
- **Zorina Estefanía Ortega Sosa** – Chiapas
- **Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez** – Tamaulipas
- **Tania Zoe Noyola Moreno** – Coahuila
- **Indira Rocío Mendiola Pastrana** – CDMX
- **Brando Javier Cantú Lozano** – Nuevo León
- **Adahi Berdeja Galeana** – Coahuila

Cada uno de ellos ha contribuido, desde su formación y participación, al fortalecimiento del enfoque integral, humano y comunitario que distingue a la medicina familiar. Su paso por Ameyali no se limita a una temporalidad administrativa, sino que representa una etapa de construcción colectiva, aprendizaje compartido y crecimiento profesional.

Desde este espacio, expresamos nuestro agradecimiento genuino por su colaboración, compromiso y disposición para sumar. Sabemos que el cierre de una etapa no implica una despedida, sino una transformación del rol desde el cual se sigue aportando a la especialidad.

Confiamos en que su trayectoria continuará fortaleciéndose a través de múltiples canales: en sus asociaciones locales y estatales, dentro de la Federación Mexicana de Especialistas en Medicina Familiar, en la red nacional de investigadores en Medicina Familiar, en el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, así como en espacios nacionales e internacionales, con mesas de trabajo en CIMF y WONCA, donde la voz de la medicina familiar mexicana es cada vez más necesaria.

Ameyali seguirá siendo un punto de encuentro, una red abierta y un espacio de colaboración para quienes creen que la medicina familiar se ejerce no solo en el consultorio, sino también en la docencia, la investigación, la gestión, la comunidad y la construcción de futuro.

A todas y todos ustedes:

¡Gracias por lo compartido!
Nuestros mejores deseos por lo que aún está por venir.

Ésta **siempre** será su casa.



CÁNCER DE MAMA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS.

Rosette Feliciano Jesús Antonio¹, Gordillo Martinez Mirna Melissa¹, Varela Vega Yuline².

¹UMF11, Tapachula OOAD Chiapas.

²UMF 17, Legaria OOAD CDMX Norte.

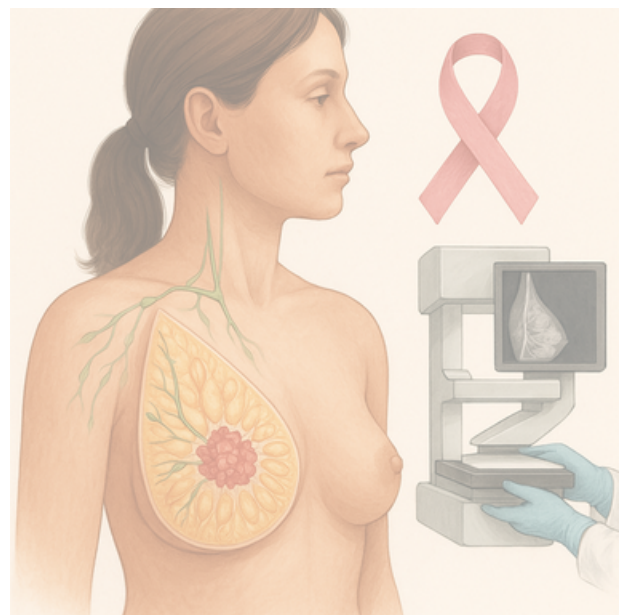
RESUMEN.

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. En México, representa un problema prioritario de salud pública por su alta incidencia y mortalidad. El primer nivel de atención desempeña un papel determinante en la detección temprana; sin embargo, persisten barreras que condicionan diagnóstico tardío.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de mujeres con cáncer de mama atendidas en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Tapachula, Chiapas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, basado en revisión de expedientes clínicos de 62 mujeres con diagnóstico histopatológico confirmado, atendidas entre 2018-2024. Se analizaron variables sociodemográficas, antropométricas, gineco-obstetricias, método diagnóstico y estadio clínico al momento del diagnóstico mediante estadística descriptiva.

Resultados: La mayoría de las pacientes tenía entre 41-60 años (61.3%), escolaridad básica (71.0%) y se desempeñaba como ama de casa (79.0%). El 95.1% presentó sobrepeso u obesidad. El 64.5% fue diagnosticado en estadios avanzados (III-IV); el estadio IV fue el más frecuente (35.5%). La categoría BI-RADS 6 predominó en el diagnóstico inicial.



Conclusiones: Se identificó una detección tardía del cáncer de mama en la población estudiada; no obstante, la elevada prevalencia de factores modificables, como el exceso de peso, así como la presencia de determinantes sociales adversos, constituyeron áreas de oportunidad para la intervención desde el primer nivel de atención. En este sentido, resultó indispensable fortalecer las estrategias de prevención, promoción de la salud y tamizaje oportuno desde la atención primaria para mejorar los desenlaces en salud de las pacientes.

Palabras clave: cáncer de mama; atención primaria; diagnóstico tardío; medicina familiar; factores de riesgo.

Jesús Antonio Rosette Et Al.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer de mama continúa siendo un problema prioritario de salud pública a nivel global, con más de 2.3 millones de casos nuevos anuales y una elevada mortalidad en mujeres¹. En México es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres².

El primer nivel de atención desempeña un papel esencial en la prevención y diagnóstico oportuno mediante la identificación de factores de riesgo³, la educación para la salud³ y el tamizaje mediante mastografía⁴. Sin embargo, persisten barreras sociales, culturales y operativas que condicionan un diagnóstico tardío en una proporción importante de los casos⁵.

Generar evidencia local sobre el perfil clínico y social de estas pacientes permite orientar intervenciones más efectivas desde la Medicina Familiar. Por ello, este estudio describe las características clínico-epidemiológicas de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una UMF del IMSS en Tapachula, Chiapas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 “Dr. Ignacio García Téllez” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en Tapachula, Chiapas, México.

La población de estudio estuvo conformada por 62 mujeres con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama, atendidas entre enero de 2018 y diciembre de 2024. La información analizada fue obtenida a partir de registros clínicos físicos y electrónicos, recopilados en el marco del trabajo de titulación del autor⁶.

Se incluyeron mujeres de 18 años o más, derechohabientes del IMSS, con seguimiento clínico documentado en la UMF No. 11. Se excluyeron los expedientes con información incompleta.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas (edad, escolaridad y ocupación), variables antropométricas mediante el índice de masa corporal clasificado según criterios de la Organización Mundial de la Salud, método diagnóstico (mastografía, ultrasonido y clasificación BI-RADS) y estadio clínico al momento del diagnóstico de acuerdo con la clasificación TNM del American Joint Committee on Cancer, octava edición⁷.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión sistemática de expedientes clínicos utilizando un formato prediseñado. El análisis estadístico consistió en estadística descriptiva, empleando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central para variables cuantitativas de distribución normal y no normal, así como para variables cualitativas.

Desde el punto de vista ético, el estudio se clasificó como investigación sin riesgo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁸. Se garantizó la confidencialidad y anonimización de la información, con apego a los principios éticos internacionales para la investigación en seres humanos.



Jesús Antonio Rosette Et Al.

RESULTADOS

En total se analizaron 62 expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama. Predominó el grupo de 41-60 años, con baja escolaridad y ocupación como ama de casa, lo que se asocia con menor participación en programas de tamizaje.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	N	%
Edad	<40 años	7	11.3
	41-60 años	38	61.3
	≥61 años	17	27.4
Escolaridad	Analfabeta	9	14.5
	Primaria	25	40.3
	Secundaria	21	33.9
	Preparatoria	2	3.2
Ocupación	Licenciatura	5	8.1
	Ama de casa	43	69.4
	Empleada	19	30.6

Nota: Este perfil corresponde a mujeres en edad productiva y con barreras sociales en acceso a salud⁹

Se encontró una elevada prevalencia de exceso de peso, factor de riesgo asociado a mayor incidencia y progresión del cáncer de mama.

La categoría BI-RADS 6 fue la más frecuente, indicando que muchos casos se detectaron ya con sospecha clínica de malignidad confirmada por imagen¹¹.

El 64.5% se diagnosticó en estadios avanzados (III-IV), con predominio del estadio IV, lo que implica mal pronóstico si no se maneja oportunamente¹³.

Tabla 2. Índice de Masa Corporal

IMC	N	%
Sobrepeso u obesidad	59	95.1
Normopeso	3	4.9

Nota: El exceso de peso constituye la principal ventana de intervención para la Medicina Familiar¹⁰.

Tabla 4. Estadio Clínico al diagnóstico

Estadio	n	%
I-II	22	35.5
III	18	29.0
IV	22	35.5

Nota: Los porcentajes de enfermedad avanzada superan los reportados en países con programas efectivos de detección¹⁴.

Tabla 3. Método diagnóstico según BI-RADS

Categoría	n	%
BI-RADS 6	28	45.2
BI-RADS 4-5	22	35.5
BI-RADS 1-3	12	19.3

Nota: Se evidencia que la imagen fue utilizada más como confirmación diagnóstica que como tamizaje¹².

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la mayoría de las mujeres fueron diagnosticadas en estadios avanzados (III-IV), lo que se asocia con menor supervivencia global y peor pronóstico¹⁵. Este comportamiento coincide con lo reportado a nivel nacional, donde persiste diagnóstico tardío por barreras en el acceso al tamizaje y baja cobertura de programas preventivos¹⁶.

Asimismo, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (95.1%) observada en nuestra población representa un factor de riesgo bien establecido para cáncer de mama, particularmente en mujeres posmenopáusicas¹⁷. Este hallazgo se alinea con estudios que destacan que la adiposidad contribuye al aumento de estrógenos circulantes y a un mayor riesgo de progresión tumoral¹⁸.

La escolaridad baja y la condición de ama de casa fueron predominantes en esta muestra, lo que puede reflejar desigualdades sociales relacionadas con menor acceso a información en salud, menor percepción de riesgo y prácticas preventivas limitadas¹⁹.

Respecto al diagnóstico por imagen, la categoría BI-RADS 6 como la más frecuente sugiere que en el primer nivel la mastografía se está empleando más como confirmación diagnóstica que como detección temprana, lo que retrasa la identificación de lesiones iniciales²⁰.

Este escenario refuerza la necesidad de intervenciones integrales en el primer nivel, como identificación temprana de factores de riesgo, promoción activa del tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos²¹.

Jesús Antonio Rosette Et Al.

LIMITACIONES

El estudio se basa en expedientes clínicos y podría presentar subregistro de variables gineco obstétricas y conductuales. Sin embargo, los resultados generan evidencia valiosa y aplicable en Medicina Familiar para mejorar la atención de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama en el ámbito del primer nivel de atención continúa presentándose en estadios avanzados, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana en nuestra población. La mayoría de las pacientes estudiadas corresponden a mujeres en etapas productivas de la vida, con determinantes sociales que pueden influir en la percepción del riesgo, la participación en acciones preventivas y el acceso oportuno a servicios de salud.

El exceso de peso registrado en prácticamente todas las pacientes representa una ventana de intervención clara y factible desde la Medicina Familiar, mediante programas continuos de promoción de estilos de vida saludables, seguimiento sistemático y control de comorbilidades metabólicas. Asimismo, los hallazgos reafirman la importancia de revisar los procesos de tamizaje y diagnóstico por imagen para evitar que la mastografía se utilice únicamente como confirmación diagnóstica y no como un verdadero instrumento preventivo.

Fortalecer la educación en salud, optimizar las rutas de referencia y contrarreferencia, así como incrementar la participación activa de las mujeres en la vigilancia de su salud mamaria, son elementos que pueden impactar positivamente en la reducción del diagnóstico tardío. Los resultados de este estudio deberán considerarse como punto de partida para impulsar intervenciones integrales, contextualizadas a las necesidades de la población derechohabiente de la UMF No. 11 del IMSS.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la detección temprana en mujeres de 40 a 69 años mediante estrategias activas de tamizaje en la UMF, priorizando a quienes presentan factores de riesgo mayores.
2. Implementar intervenciones intensivas para el control del sobrepeso y obesidad, integrando nutrición, actividad física estructurada y seguimiento periódico desde el primer nivel de atención.
3. Optimizar los procesos de diagnóstico oportuno, asegurando que estudios de imagen como mastografía y ultrasonido se utilicen adecuadamente como herramientas de tamizaje y no únicamente de confirmación diagnóstica.
4. Reforzar la educación en salud mamaria, con acciones comunitarias que fomenten el autocuidado, el reconocimiento de signos de alarma y la asistencia a controles periódicos.
5. Fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia, garantizando tiempos de respuesta adecuados ante lesiones sospechosas y facilitando la continuidad de la atención multidisciplinaria.
6. Potenciar la capacitación continua del personal de Medicina Familiar en factores de riesgo, clasificación BI-RADS y rutas clínicas de abordaje para asegurar una atención homogénea y basada en evidencia.

Jesús Antonio Rosette Et Al.

REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Defunciones registradas por tumor maligno de mama en México. México: INEGI; 2023.
3. World Health Organization (WHO). Breast Cancer: Prevention and control. Geneva: WHO; 2024.
4. American College of Radiology. ACR BI-RADS® Atlas — Breast Imaging Reporting and Data System. 5th ed. Reston, VA: ACR; 2019.
5. Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Cáncer de mama en México: panorama epidemiológico y retos actuales. México: INCan; 2023.
6. Rosette-Feliciano JA. Caracterización de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, Tapachula, Chiapas [Tesis de Especialidad en Medicina Familiar]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2026.
7. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017.
8. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación; 2014.
9. Palma G, Hernández-Alvarez E, Rodríguez M, et al. Determinantes sociales de la detección tardía del cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex.* 2020;62(5):560–7.
10. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Body fatness and cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2016;375(8):794–8.
11. Chan DSM, Vieira AR, Aune D, et al. Body mass index and breast cancer incidence: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Lancet Oncol.* 2014;15(6):601–10.
12. Orel SG, Kay LJ, Reynolds CA. Outcomes and correlates of BI-RADS category 6 breast lesions. *Radiology.* 2019;290(2):343–51.
13. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Nature.* 2021;594(7860):423–31.
14. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Breast cancer in young women: review and recommendations. *Nat Rev Clin Oncol.* 2020;17(6):337–50.
15. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Nigenda G, et al. The burden of breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2019;20(5):e120–6.
16. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Infante-Castañeda C. Acceso a servicios preventivos en México: inequidades y barreras estructurales. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1123.
17. Renehan AG, Tyson M, Egger M, et al. Body-mass index and incidence of cancer: systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2015;386(9995):30–45.
18. Xia X, Wang Y, Huang Y, et al. Estrogen signaling pathways in adiposity and breast cancer progression. *Cancer Lett.* 2017;390:20–7.
19. Salinas-Martínez AM, Sánchez-Blas C, García R, et al. Escolaridad y diagnóstico tardío en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(1):15–23.
20. D’Orsi CJ, Bassett LW, Feig SA, et al. Imaging pathways for suspected breast cancer in primary care. *J Am Coll Radiol.* 2020;17(6):714–24.
21. Hunter DJ, Pinsky PF, Barlow WE, et al. Strategies to improve breast cancer survival in primary care settings. *BMJ.* 2020;368:l5559.



NOTICIAS AMEYALI

PRESENTACIÓN DE MESA DIRECTIVA 2025-2027

Como parte del acto de clausura del XIII Congreso Nacional de Residentes en Medicina Familiar, celebrado en León, Guanajuato, se llevó a cabo la presentación oficial de la nueva Mesa Directiva de AMEYALI, encabezada por su presidenta Dra. Marien Córdova, quien asume el liderazgo del movimiento durante el periodo 2025-2027.

Durante este momento simbólico, se dio a conocer al equipo que la acompañará en esta nueva etapa, integrado por Wendy Paola Tamayo en la Vicepresidencia; Denisse Hernández en la Secretaría; Luis Eduardo Barajas en la Tesorería; Yuline Varela en el área de Investigación; Ana Karen Ríos en Educación; Gerardo López en el área Editorial; Mixalis Rosas en Enlace social y vinculación; Said Montufar en Movilidad; Abel Corralejo en Reclutamiento; y Guillermo Bocanegra en Difusión.



La presentación de esta Mesa Directiva marcó el inicio de una etapa de renovación, continuidad y fortalecimiento del liderazgo joven en Medicina Familiar, reafirmando el compromiso de AMEYALI con la educación, la investigación, la colaboración nacional e internacional y el crecimiento de su comunidad. Con esta nueva estructura, AMEYALI se proyecta hacia el futuro con entusiasmo, visión y trabajo colectivo, consolidándose como un espacio de encuentro, formación y liderazgo para las nuevas generaciones de médicos familiares.

Calidad de vida en paciente con Diabetes Tipo 2 descontrolada y neuropatía periférica

José Antonio Castillo Sánchez^{1a}, Herenia del Carmen Padrón Sánchez^{1b}, Deisy cecilia Rivera Angles^{1c}.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 45, Cárdenas OOAD Tabasco



^a 0009-0005-0902-7941, ^b 0000-0001-9942-8979, ^c 0009-0009-0192-6319

Introducción

La Diabetes Tipo 2 (DT2) constituye un problema prioritario de salud pública debido a su elevada prevalencia, curso progresivo y repercusiones multisistémicas.^[1] Entre sus complicaciones crónicas, la Neuropatía Periférica (NP) es una de las más frecuentes, afectando hasta la mitad de las personas con diabetes.^[2] Esta complicación se caracteriza por pérdida de la sensibilidad protectora, dolor neuropático, alteraciones autonómicas y un mayor riesgo de úlceras y amputaciones, lo que impacta de manera directa la calidad de vida de los pacientes.^[2]

La detección temprana de la NP es fundamental en el primer nivel de atención. El monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g es una herramienta validada, accesible y de bajo costo que permite identificar oportunamente la pérdida de la sensibilidad protectora.^[5] La calidad de vida relacionada con la salud, evaluada mediante instrumentos como el SF-36, refleja el impacto global que la DT2 y sus complicaciones ejercen sobre el bienestar físico, emocional y social.^[3] Factores como la duración de la enfermedad, el control glucémico y la presencia de comorbilidades influyen notablemente en la percepción del estado de salud.^[1]

Dado el incremento sostenido de la diabetes y sus complicaciones, resulta indispensable disponer de evidencia local sobre la calidad de vida en pacientes con NP y descontrol glucémico, particularmente en unidades de primer nivel donde se concentra la mayor atención de estos pacientes.



Objetivo

General

Determinar la calidad de vida en pacientes con DT2 descontrolada y NP diagnosticada mediante prueba de monofilamento en una unidad de primer nivel.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en la UMF No. 45 del IMSS en Cárdenas, Tabasco. Se incluyeron 221 pacientes con DT2 pertenecientes al grupo CADIMSS. Se aplicó la prueba de monofilamento Semmes-Weinstein 10 g para detectar NP y el cuestionario SF-36 para evaluar calidad de vida. Se recabaron variables sociodemográficas, glucosa en ayuno y hemoglobina glicosilada.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar) y chi cuadrada para asociaciones, con significancia $p < 0.05$

Resultados

La población estuvo compuesta por 71% mujeres; la media de edad fue 59.9 ± 11.3 años. La mayoría eran casados o en unión libre, y el nivel de escolaridad predominante fue secundaria y preparatoria. El promedio de glucosa (158.8 mg/dL) y hemoglobina glicosilada (8.8%) indicó descontrol glucémico generalizado.

El 43.9% de los pacientes presentó algún grado de NP. Las dimensiones del SF-36 más afectadas fueron funcionamiento físico, limitaciones por salud física, bienestar emocional y salud general. En total, el 80% obtuvo un puntaje global considerado como mala calidad de vida (puntaje < 50).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre presencia de NP y calidad de vida ($\chi^2=5.154$, $p=0.023$)

Referencias

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S154.
- Tesfaye S, Boulton AJM, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. Diabetes Care. 2010;33(10):2285–93.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Med Care. 1992;30(6):473–83.
- Galiero R, Pafundi PC, Nevola R, et al. Diabetic Peripheral Neuropathy: Pathogenic Mechanisms and Diagnostic Approaches. Int J Mol Sci. 2023;24(3):2364.
- Dube S, Hulke S, Wakode S, et al. Effectiveness of the Semmes-Weinstein Monofilament for Diabetic Peripheral Neuropathy Screening. Indian J Endocrinol Metab. 2022;26(4):345–352.
- Oliveros-Lijap L, Ávila-Espinoza P, Ulloa V, Bernabe-Ortiz A. Calidad de vida en pacientes con neuropatía diabética periférica: estudio transversal en Lima, Perú. Acta Med Peru. 2018;35(3):160–7.

Figura 1. Prevalencia de NP en pacientes con DT2. *n*: 248

Tipo de NP	n	%
Ninguna	151	60.9
Sensitiva	51	20.6
Motora	43	17.3
Mixta	3	1.2

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Asociación entre neuropatía diabética y calidad de vida. *n*: 248

Calidad de vida	Tipo de Neuropatía			
	Motora	Sensitiva	Mixta	Ninguna
Muy buena	3	5	1	28
Buena	5	15	0	63
Regular	12	17	1	34
Mala	23	14	1	26

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Los resultados muestran un deterioro marcado en la calidad de vida de los pacientes con DT2 y descontrol glucémico. Las dimensiones más afectadas coinciden con estudios previos como los de Oliveros-Lijap et al.^[6], en 2018 donde la afectación física y el bienestar emocional se ven comprometidos en presencia de complicaciones crónicas. La elevada prevalencia de NP encontrada resalta la necesidad de fortalecer el diagnóstico temprano mediante herramientas sencillas como el monofilamento.^[4]

El hallazgo de una asociación significativa entre NP y calidad de vida sugiere que esta complicación impacta la percepción general de salud, aunque también podrían influir factores de afrontamiento, acceso a tratamiento y variaciones individuales en la percepción del dolor.^[5]

Conclusiones

Los resultados muestran un deterioro marcado en la calidad de vida de los pacientes con DT2 y descontrol glucémico. Las dimensiones más afectadas coinciden con estudios previos como los de Oliveros-Lijap et al.^[6], en 2018 donde la afectación física y el bienestar emocional se ven comprometidos en presencia de complicaciones crónicas. La elevada prevalencia de NP encontrada resalta la necesidad de fortalecer el diagnóstico temprano mediante herramientas sencillas como el monofilamento.^[4]

El hallazgo de una asociación significativa entre NP y calidad de vida sugiere que esta complicación impacta la percepción general de salud, aunque también podrían influir factores de afrontamiento, acceso a tratamiento y variaciones individuales en la percepción del dolor.^[5]

VOL 7

Biología Molecular en Medicina

La biología molecular ha transitado, en apenas unas décadas, desde ser considerada una rama abstracta y altamente experimental de las ciencias básicas hasta convertirse en una de las herramientas más poderosas de la medicina contemporánea. Hoy, en el inicio del segundo cuarto del siglo XXI, su impacto es evidente en la forma en que entendemos, diagnosticamos y tratamos múltiples enfermedades. Conceptos como reprogramación celular, edición génica o creación de modelos animales transgénicos — que en el pasado parecían propios de la ciencia ficción— forman ahora parte del vocabulario cotidiano de la investigación biomédica y se encuentran cada vez más cerca de la aplicación clínica.



El avance en tecnologías de secuenciación, microscopía, cultivo celular y manipulación genética ha permitido modificar, estudiar y replicar procesos biológicos con una precisión sin precedentes. Gracias a ello, la medicina ha transitado progresivamente hacia enfoques más predictivos, preventivos y personalizados, integrando conocimientos derivados directamente de la biología molecular.



En este contexto, resulta particularmente valioso que estudiantes de medicina se apropien tempranamente de estas herramientas. Los trabajos que se presentan en este artículo —realizados por alumnos de la asignatura de Biología Molecular de la Escuela de Medicina Unidad Norte de la Universidad Autónoma de Coahuila— representan un ejemplo claro del potencial transformador de esta disciplina.

VOL 7

Biología Molecular en Medicina

Células madre en medicina regenerativa

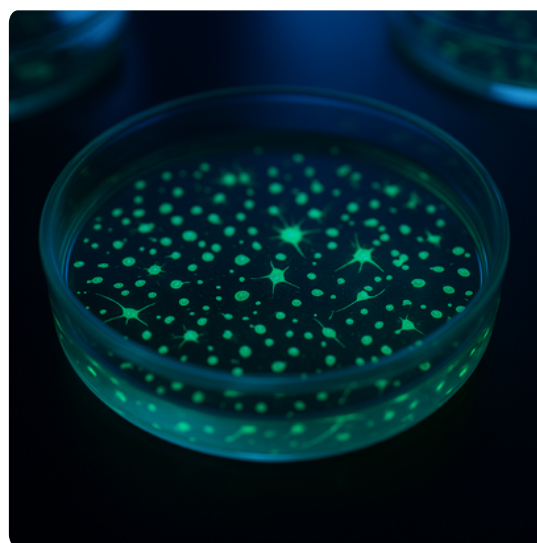
Daisy Ximena Muñiz, Jesús F Viera Amaya

Las células madre se han consolidado como una de las bases más prometedoras para la medicina regenerativa, debido a su capacidad para diferenciarse en diversos tipos celulares y participar en la reparación tisular. Estas células se clasifican ampliamente en células madre embrionarias (ESCs), células madre adultas (ASCs) y células pluripotenciales inducidas (iPSCs), cada una con características particulares en cuanto a potencial de diferenciación, aplicaciones y consideraciones éticas.

Otro aspecto fundamental es el estudio del nicho celular, microambiente donde las células madre residen y del cual dependen para regular su proliferación y diferenciación. Comprender estas interacciones ha permitido avances significativos en modelos de reparación tisular y en la ingeniería de tejidos.

La biología molecular ha impulsado la medicina regenerativa con avances como andamios 3D, organoides y mejores técnicas de reprogramación celular, ampliando las opciones terapéuticas y favoreciendo tratamientos personalizados.

Aun así, persisten retos como el riesgo tumoral, la variabilidad entre líneas celulares, la falta de estandarización y la necesidad de marcos regulatorios sólidos. Pese a ello, las células madre siguen siendo un pilar de la medicina regenerativa por su potencial para integrar reparación tisular, ingeniería de tejidos y terapias de precisión.



Las ESCs poseen un notable potencial pluripotencial, aunque su uso ha estado limitado por cuestiones éticas. Las ASCs, como las células mesenquimales y las hematopoyéticas, han demostrado aplicaciones clínicas en regeneración de distintos tejidos y en terapias de trasplante. Por su parte, las iPSCs han revolucionado el campo al permitir generar células pluripotenciales a partir de células somáticas del propio paciente, abriendo la puerta a terapias personalizadas y reduciendo problemas de rechazo inmunológico.

VOL 7

Biología Molecular en Medicina

Modelos de animales Transgénicos en investigación biomédica

Roberto Rodríguez Carrera, Ximena Mijares Sifuentes

Los modelos animales transgénicos constituyen una herramienta esencial para comprender los mecanismos biológicos que subyacen a múltiples enfermedades humanas. La posibilidad de modificar de manera precisa el genoma de un organismo permite recrear mutaciones, estudiar rutas moleculares y evaluar potenciales terapias bajo condiciones controladas.

Los primeros modelos se generaron mediante microinyección pronuclear, técnica que consiste en introducir ADN en los pronúcleos del cigoto para que el embrión exprese la modificación genética. Más tarde, la transferencia nuclear de células somáticas amplió las posibilidades de clonación y manipulación genética. Sin embargo, el mayor avance surgió con la edición génica mediante CRISPR-Cas9, que combinó eficiencia, precisión y accesibilidad, transformando radicalmente la creación de animales transgénicos.

Estos modelos han permitido reproducir de manera fiel fenómenos patológicos humanos. Los ratones APP/PS1, por ejemplo, se han convertido en modelos fundamentales para estudiar la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. Los ratones ob/ob y db/db han sido clave para comprender los mecanismos de la obesidad y la diabetes tipo II. Modelos en cerdos con mutaciones en CFTR han permitido avances significativos en el estudio de la fibrosis quística.



A la par de su impacto científico, este campo exige un compromiso ético sólido.

La investigación contemporánea se sustenta en el principio de las 3R:

- Reemplazar animales cuando existen alternativas.
- Reducir el número utilizado en cada estudio.
- Refinar los procedimientos para minimizar el sufrimiento.

Estos lineamientos permiten equilibrar el progreso científico con el bienestar animal, un aspecto esencial para la investigación biomédica responsable.

En suma, los modelos animales transgénicos han ampliado significativamente la capacidad de estudiar enfermedades humanas y de desarrollar intervenciones terapéuticas innovadoras. Conforme avancen las tecnologías de edición génica, estos modelos se volverán aún más precisos, contribuyendo a una medicina más personalizada y efectiva.

VOL 7

Biología Molecular en Medicina

Conclusión General

Los avances en biología molecular han transformado radicalmente el panorama de la medicina moderna. Tanto el estudio de las células madre como el desarrollo de modelos animales transgénicos representan ejemplos claros del potencial que tiene esta disciplina para comprender enfermedades, diseñar terapias y mejorar la salud humana.

Los trabajos presentados por los alumnos muestran no solo la apropiación de estos conceptos, sino también una visión crítica y actualizada de su relevancia científica, ética y clínica.

A medida que la biología molecular continúe evolucionando, su integración en la formación médica será cada vez más indispensable. Las nuevas generaciones de médicos deberán comprender y participar activamente en los avances que permitirán diagnosticar con mayor precisión, intervenir de manera más temprana y ofrecer tratamientos personalizados, sostenidos en bases moleculares sólidas.



Bibliografía

1. Mendi BI, Hirani R, Sayegh A, Hassan M, Fleshner L, Farabi B, et al. Utilization of stem cells in medicine: A narrative review. *Int J Mol Sci.* 2025;26(19):9659.
2. Götz M, Torres-Padilla M-E. Stem cells as role models for reprogramming and repair. *Science.* 2025;388(6746):eadp2959.
3. Della Rocca Y, et al. Stem cells in regenerative medicine: From adult stem cells to induced pluripotent cells. *Int J Mol Sci.* 2025;26(17):8255.
4. Bello-Medina PC, González-Franco DA, Vargas-Rodríguez I, Díaz-Cintra S. Estrés oxidativo, respuesta inmune, plasticidad sináptica y cognición en modelos transgénicos de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología.* 2022;37(8):682–90.
5. Singh R, et al. Transgenic animal models in biomedical research: Advances and applications. *Front Genet.* 2023;14:1154890.
6. Gumà Uriel M. Modelos animales en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2020;4(4):129–31.



Estilo de vida y su relación con el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila

Dra. Maria Isabel

Instituto Mexicano del Seguro Socio, UMF 73 Saltillo OOAD Coahuila



Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónico-degenerativas más prevalentes a nivel mundial, afectando aproximadamente al 5.1% de la población de 20 a 79 años. Su desarrollo y control se encuentran estrechamente relacionados con el estilo de vida. Asociada con la obesidad y el sobrepeso. La tasa de mortalidad por diabetes para 2020 es de 11.95 personas por cada 10 mil habitantes.

Objetivo

Analizar la relación entre el estilo de vida y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 20 a 45 años de la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. El estilo de vida fue evaluado mediante el instrumento IMEVID, aplicado de forma auto administrada. La muestra estuvo conformada por 319 pacientes.

Resultados

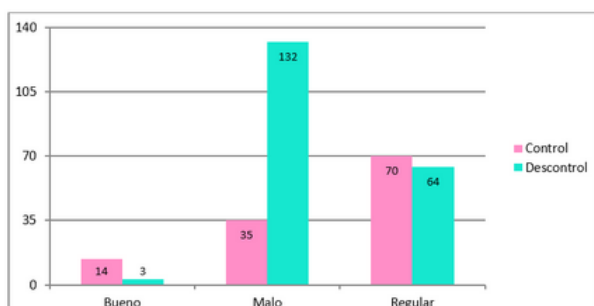
Predominó el sexo femenino con 199 pacientes (62.6%), nivel educativo secundaria 56.9%, ocupación operario (37.1%), observando que de la población estudiada 167 pacientes presentaron un mal estilo de vida, de los cuales 132 pacientes presentan descontrol glucémico, y en segundo lugar un estilo de vida regular se encuentran 70 pacientes con control glicémico y 64 pacientes se encontraron en descontrol glucémico

Estilo de vida y su relación con el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila

Dra. Maria Isabel

Instituto Mexicano del Seguro Socio, UMF 73 Saltillo OOAD Coahuila

Gráfico 1. Resultado de instrumento IMEVID/Control Glucémico



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

La mayoría de la población estudiada presentó descontrol glucémico, asociado principalmente con un estilo de vida inadecuado, caracterizado por baja actividad física y sedentarismo.

Palabras Clave

Diabetes Mellitus tipo 2, estilo de vida, control glucémico.

Referencias.

1. American diabetes association [Internet]. Diabetes.org. Disponible en: <https://diabetes.org/espanol/diagnostico>
2. Blanco Naranjo EG, Chavarria Campos GF, Garita Fallas YM. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia. 2021;6(2): e639. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
3. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2024. Aten Primaria [Internet]. 2024;56 Suplemento 1(103133):103133. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103133>
4. Dave R, Davis R, Davies JS. The impact of multiple lifestyle interventions on remission of type 2 diabetes mellitus within a clinical setting. Obes Med [Internet]. 2019;13:59–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.obmed.2019.01.005>
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes-2025. Diabetes Care [Internet]. 2025;48(1 Suppl 1):S27–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc25-S002>





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

1. ¿Reacciones Febriles en 2026?

Las llamadas reacciones febriles, en especial la reacción de Widal y pruebas serológicas similares, surgieron a finales del siglo XIX como una herramienta diagnóstica en una época en la que los métodos microbiológicos aún no existían o no estaban disponibles de forma sistemática. En aquel contexto, estas pruebas representaron un avance importante, ya que permitían aproximarse al diagnóstico de fiebre tifoidea cuando no era posible aislar al microorganismo. Sin embargo, más de cien años después, resulta llamativo que continúen solicitándose en la práctica clínica cotidiana, incluso en 2026, a pesar de la amplia evidencia que demuestra sus limitaciones.

Desde finales del siglo XX, diversos estudios comenzaron a mostrar que las reacciones febriles presentan una baja sensibilidad y una especificidad deficiente, con una alta tasa de resultados falsamente positivos. Esto es especialmente relevante en regiones endémicas, donde la exposición previa, la vacunación o la presencia de infecciones cruzadas producen títulos elevados de anticuerpos sin que exista una infección activa. Parry y colaboradores, en su revisión publicada en The New England Journal of Medicine, señalaron que estas pruebas carecen de confiabilidad diagnóstica y que el aislamiento microbiológico continúa siendo el estándar para el diagnóstico de fiebre tifoidea. De forma similar, las guías de la Infectious Diseases Society of America publicadas en 2017 establecen que las pruebas serológicas no deben utilizarse para el diagnóstico y recomiendan el hemocultivo como el método de elección inicial.

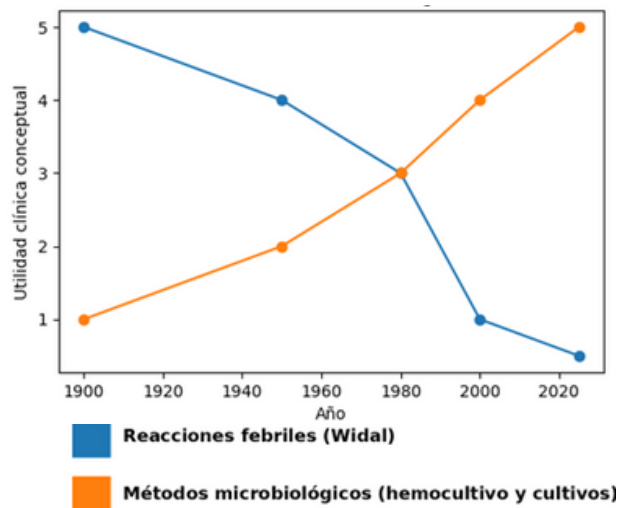


Figura 1. Evolución histórica conceptual de la utilidad diagnóstica de las reacciones febriles y de los métodos microbiológicos. Fuente: Elaboración propia con base en Parry CM et al., N Engl J Med, 2002; Shane AL et al., Clin Infect Dis, 2017; y Kuehn R et al., Lancet, 2025.

Las revisiones más recientes, como la publicada en 2025 en The Lancet, confirman que las reacciones febriles no tienen un papel en el abordaje diagnóstico moderno de la fiebre entérica y que su uso contribuye más a la confusión clínica que a la toma de decisiones acertadas. Cuando existe una sospecha fundada de fiebre tifoidea, el estudio indicado sigue siendo el hemocultivo, aun reconociendo que su sensibilidad no es perfecta. El cultivo de médula ósea, aunque más sensible, se reserva para escenarios especiales debido a su carácter invasivo y a su limitada disponibilidad.

En la consulta de Medicina Familiar es frecuente que estas pruebas se soliciten ante la presencia de síntomas inespecíficos como cansancio, cefalea o malestar general. Sin embargo, la presencia de este tipo de síntomas, por sí sola, no justifica la solicitud de reacciones febriles, ya que corresponden a manifestaciones comunes a múltiples procesos infecciosos y no infecciosos, muchos de ellos autolimitados. Solicitar estas pruebas en este contexto favorece el sobrediagnóstico y conduce a la prescripción innecesaria de antibióticos.

Prueba diagnóstica	Sensibilidad aproximada	Especificidad	Utilidad clínica actual
Reacciones febriles (Widal)	Baja y variable	Baja	No recomendada
Hemocultivo	40–60%	Alta	Estándar de referencia
Cultivo de médula ósea	>80%	Muy alta	Alta, pero limitada por accesibilidad

Tabla 1. Comparación de métodos diagnósticos en fiebre tifoidea. Se muestra la marcada diferencia entre las reacciones febriles, caracterizadas por baja sensibilidad y especificidad, frente al hemocultivo, que continúa siendo el estándar de referencia, y el cultivo de médula ósea, con mayor sensibilidad pero menor accesibilidad. La información está basada en revisiones clínicas publicadas por Parry et al. (N Engl J Med, 2002), las guías de la IDSA (2017) y la revisión de Kuehn et al. (Lancet, 2025). Fuente: Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. N Engl J Med. 2002;347:1770–1782

Un fenómeno que perpetúa esta práctica es la aparente mejoría clínica tras el inicio de tratamiento antibiótico cuando la prueba resulta “positiva”. No obstante, diversos estudios han demostrado que esta mejoría suele corresponder a la evolución natural del cuadro, al efecto placebo o a la resolución espontánea de procesos no bacterianos. Roger y colaboradores, en un estudio publicado en Clinical Infectious Diseases, identificaron que uno de los principales factores asociados al uso innecesario de antibióticos es la interpretación errónea de la mejoría clínica como confirmación diagnóstica.

El problema trasciende el caso individual. El uso no indicado de antibióticos expone a los pacientes a efectos adversos innecesarios y contribuye de manera significativa al desarrollo de resistencia antimicrobiana, uno de los mayores desafíos actuales en salud pública. Por ello, continuar solicitando reacciones febriles y basar decisiones terapéuticas en sus resultados contradice los principios de la medicina basada en evidencia y del uso racional de antimicrobianos.

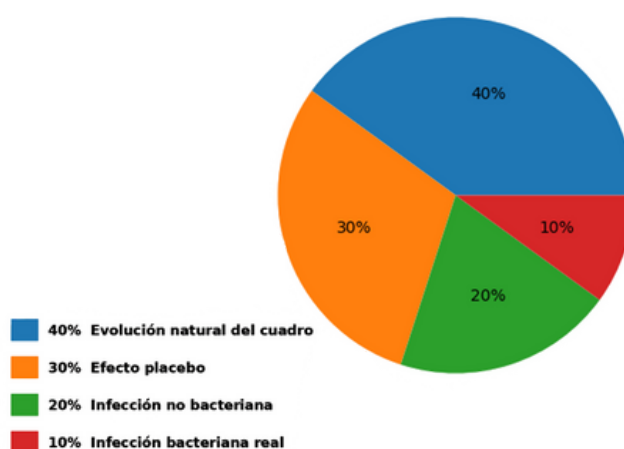


Figura 2: Distribución de las causas de la mejoría clínica tras la prescripción de antibióticos en pacientes con síntomas inespecíficos. Fuente: Elaboración propia con base en Roger PM et al., Clinical Infectious Diseases, 2019.

Las reacciones febriles cumplieron un papel histórico importante, pero hoy pertenecen al ámbito de la historia de la medicina más que al de la práctica clínica cotidiana. En 2026, su persistencia no representa cautela diagnóstica, sino una inercia clínica que debe ser cuestionada y abandonada. La Medicina Familiar moderna exige decisiones sustentadas en evidencia sólida, interpretación integral del contexto clínico y un compromiso claro con la seguridad del paciente y la salud pública.

Referencias

1. Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. N Engl J Med. 2002;347:1770–1782.
2. Shane AL, Mody RK, Crump JA, et al. 2017 IDSA Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. Clin Infect Dis. 2017;65(12):1963–1973.
3. Kuehn R, Rahden P, Hussain HS, et al. Enteric (Typhoid and Paratyphoid) Fever. Lancet. 2025.
4. Roger PM, Montero E, Lesselingue D, et al. Risk factors for unnecessary antibiotic therapy: a major role for clinical management. Clin Infect Dis. 2019;69(6):973–980.

Intervención educativa para prevención de infecciones urinarias en embarazadas en UMF 12

Natalia Genico Nolasco Ahuatl¹.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 12, San Pedro Cholula, OOAD Puebla.

Introducción

Las infecciones de vías urinarias (IVU) son complicaciones frecuentes durante el embarazo, con riesgos significativos tanto para la madre como para el recién nacido como ruptura prematura de membranas (RR 3.63), parto pretérmino (RR 3.27), bajo peso al nacer (RR 1.37), aborto y sepsis neonatal. En este contexto, la alfabetización en salud es un elemento clave para fomentar conductas preventivas eficaces.

Objetivo

Evaluar el nivel de conocimiento para la prevención de infección de vías urinarias en pacientes embarazadas antes y posterior a una intervención educativa en la Unidad de Medicina Familiar No. 12.

Material y Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental, comparativo, longitudinal y prospectivo. La población total consta de 86 gestantes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 12. El tamaño de la muestra se calculó mediante el software EPI INFO, resultando en 72 gestantes, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Para el desarrollo del presente estudio, se seleccionó a una población conformada por mujeres gestantes derechohabientes de la UMF 12.

Los criterios de inclusión abarcaron a pacientes mayores de 18 años que manifestaron su deseo de participar de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Por el contrario, se establecieron como criterios de exclusión a aquellas pacientes con analfabetismo, así como a quienes presentaran diagnósticos de patologías crónicas, tales como diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica o preeclampsia.

Asimismo, fueron excluidas las pacientes con antecedentes conocidos de defectos congénitos en la vía urinaria. Se utilizó el cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) desarrollado por Mohammad y Fatin (2018), adaptado al español con una consistencia interna de $\alpha = 0.79$ (Alfa de Cronbach).

El instrumento consta de 49 ítems que evalúan cinco dimensiones: causas, transmisión, síntomas, complicaciones y prevención.

Material y Métodos

Continuación

La estrategia se desarrolló de forma grupal (máximo 15 pacientes embarazadas por sesión) mediante técnica expositiva, con el siguiente cronograma:

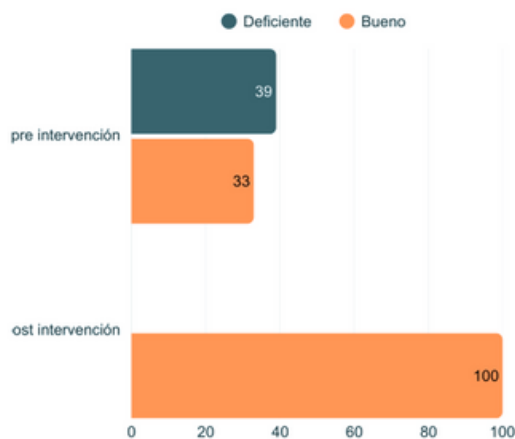
1. Sesión 1: Aplicación del cuestionario inicial (pretest).
2. Sesiones 2 y 3 (Semana 1): Ejecución de la intervención educativa (60 minutos por sesión).
3. Sesiones 4 y 5 (Semana 2): Continuación y cierre de la capacitación técnica.
4. Evaluación Final: Tras un intervalo de una semana, se aplicó nuevamente el cuestionario (postest) para evaluar el incremento en el nivel de conocimientos.

Para determinar la existencia de cambios significativos entre la evaluación previa y posterior, se utilizó la prueba de McNemar, ideal para comparar mediciones nominales en un diseño de antes y después.

Resultados

Previo a la intervención, el 66.66% de las participantes mostró un conocimiento deficiente. Posterior a la capacitación, el 100% de la población de estudio alcanzó un buen nivel de conocimiento. El análisis estadístico arrojó una $p < 0.001$, demostrando una diferencia estadísticamente significativa y rechazando la hipótesis nula. La intervención educativa resultó efectiva para mejorar el conocimiento preventivo en las gestantes.

Gráfica 1. Porcentaje de pacientes por categoría de conocimiento sobre prevención de Infecciones de vías urinarias previo y posterior a intervención educativa



Referencias

- Rodríguez, A., Reyes, H., Souraye, G., et al. (2021). Guía de práctica clínica: Prevención, abordaje y manejo de bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias durante el embarazo. CENETEC.
- Al-Shahrani, M., Al-Sakiti, A. I., Al-Maliki, A. S., et al. (2022). Knowledge, attitude and practice toward urinary tract infection among female in Saudi Arabia. Bahrain Medical Bulletin, 44(3), 1088-1091.
- Yakout, S. M., & Alanaz, S. (2022). Effect of Health Teaching sessions on Pregnant Women's Knowledge and Health Behaviour Regarding Urinary Tract Infection. Assiut Scientific Nursing Journal, 10(28), 108-118.

Tabla 1. Significancia estadística del cambio en el nivel de conocimiento (Prueba de McNemar) sobre prevención de infección de vías urinarias en pacientes embarazadas de la unidad de medicina familiar No.12

	Pre-intervención	Post-intervención	Valor de p
Deficiente	48 (66.66)	0 (0)	$p < 0.001$
Bueno	24 (33.33)	72 (100)	
			McNemar 7.1×10^{-15}

Conclusiones

Posterior a la intervención educativa realizada en la UMF No.12, se observó una mejora significativa en el conocimiento para la prevención de infecciones de vías urinarias en el embarazo.

Se evidencia que las 72 participantes muestran un nivel de conocimiento bueno después de la intervención en contraste con un porcentaje alto de respuestas deficientes en la evaluación pre-intervención.

Este cambio fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$), con la prueba exacta de McNemar, lo que confirma la efectividad de la intervención educativa, rechazando la hipótesis nula.

Estos hallazgos muestran que una intervención educativa bien planificada puede mejorar significativamente el conocimiento en salud preventiva durante el embarazo y así disminuye los riesgos y complicaciones.

Sahar y colaboradores en 2022 elaboraron un estudio en Arabia Saudita llamado Effect of Health Teaching sessions on Pregnant Women's Knowledge and Health Behaviour Regarding Urinary Tract Infection, evaluó el efecto y aplicación de sesiones de enseñanza a 377 embarazadas en relación con la infección del tracto urinario, el 57% se encontraba desempleada. Resultados revelaron que los conocimientos y el comportamiento de las mujeres mejoraron en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (valores $p < 0,001$), lo que se refleja en un aumento del porcentaje de mujeres con conocimientos regulares (61,54%) y buenos (35,90%), y en una mejora del comportamiento sanitario del 35,9% en comparación con el 23,68% antes de la intervención. En nuestro estudio se demuestra que en cuanto la edad es significativa ya que en la post-intervención hay una mejora evidente en el conocimiento de las causas de la infección de vía urinaria.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila.

Ilse Sugeiry Barboza Guajardo¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73 de Saltillo Coahuila.

INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye un problema de salud pública de gran relevancia, el cual es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas. México se encuentra entre los primeros lugares a nivel mundial en prevalencia de obesidad en la adolescencia.

La obesidad en adolescentes suele ser infravalorada como problema de salud. Existen pocos estudios sobre la asociación de la disfuncionalidad familiar con la obesidad en adolescentes, sin embargo, algunos reportes señalan que una disfunción familiar puede ocasionar estrés en adolescentes así también consumo excesivo de alimentos como compensatorio e influir como factor en el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

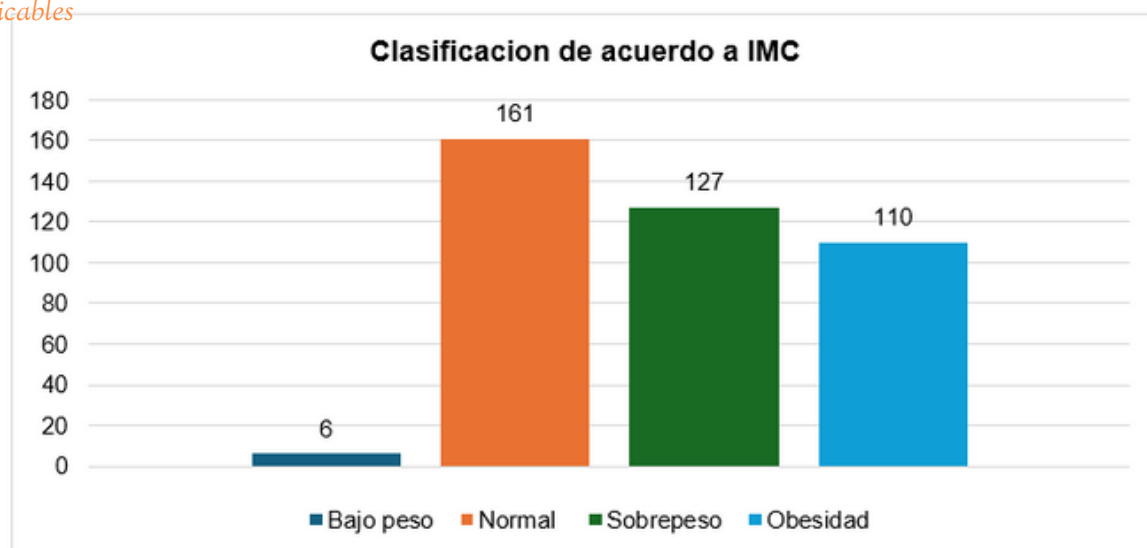
OBJETIVO

Analizar la prevalencia de sobrepeso u obesidad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes de 14 a 19 años de edad adscritos a la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, analítico, en adolescentes adscritos a la UMF No 73 del IMSS, de Saltillo, Coahuila. Se efectuó la toma de somatometría, previa autorización de tutor legal. Con base en las medidas obtenidas se determinó el percentil correspondiente al estado nutricional, posteriormente se aplicó un instrumento de evaluación y el instrumento FF-SIL para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar

Figura 1. Factores de Riesgo para Cancer de mama. Se muestran las frecuencias de factores modificables y no modificables



Fuente: Elaboración propia

Prevalencia de sobrepeso y obesidad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila.

Dr. Pendiente

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73 de Saltillo Coahuila.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyó una muestra de 404 adolescentes, obteniendo una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 58.6%. En cuanto a la funcionalidad familiar, se identificaron 3 adolescentes con familia severamente disfuncional, 1 con sobrepeso y 2 con obesidad; la familia funcional incluyó 130 participantes (32.17%) y la familia moderadamente funcional fue la predominante con 219 participantes (54.20%).

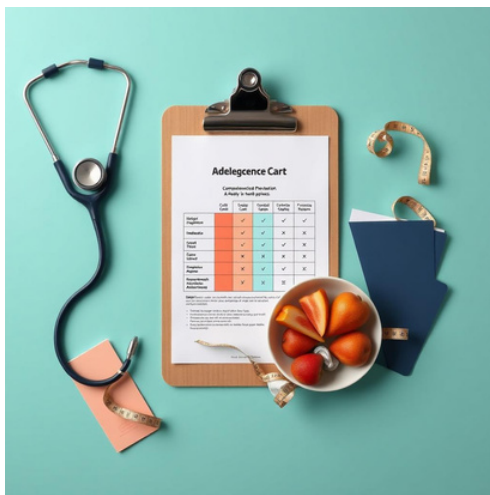


Tabla 1. Tabla comparativa de la funcionalidad familiar y el estado nutricional.

	Familia severamente disfuncional	Familia disfuncional	Familia moderadamente funcional	Familia funcional
Bajo peso	0	1	4	1
	0.0%	1.9%	1.8%	0.8%
Normal	0	5	86	70
	0.0%	9.6%	39.3%	53.8%
Sobrepeso	1	12	78	36
	33.3%	23.1%	35.6%	27.7%
Obesidad	2	34	51	23
	66.7%	65.4%	23.3%	17.7%

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez Hevilla A, Castillo Jimena , Sánchez Sánchez C. Prevalencia de obesidad y relación con estructura y funcionalidad familiar: estudio transversal multicéntrico. *Med fam Andal.* 2019;: p. 114-121.
2. Solorio Adame E. Funcionalidad familiar y desarrollo de la obesidad en el adolescente adscrito a la UMF número 11 Tapachula Chiapas Madrid. *Repositorio.* 2020.
3. Shamah Levy T, Vielma Orozco , Heredia Hernandez O, Romero Martinez , Mojica Cuevas J, Cuevas Nasu L. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2018-19. *Resultados Nacionales Cuernavaca, México.* 2020.
4. Cruz Ramayo , Padilla Dzul , Cervera Baas , Cetina Alonzo CA, Vázquez Burgos JC. Percepción de la funcionalidad familiar y la imagen corporal en los adolescentes de una preparatoria de Yucatán, México. *HorizEnferm.* 2020; 32(1): p. 3-14.

Factores asociados a hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No 73, Saltillo Coahuila

Casanova de León Emmanuel¹, Guajardo Iruegas José Eduardo¹, Cerda Mancillas Megan Carolina¹.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73, Saltillo Coahuila

Introducción

La hipertensión arterial es considerada el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular y mortalidad. Se recomienda realizar tamizaje en mayores de 18 años, con fin de brindar atención médica oportuna y eficaz. Se asocia a múltiples factores de riesgo; además se considerada una enfermedad crónica y silenciosa, ya que rara vez presenta síntomas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo

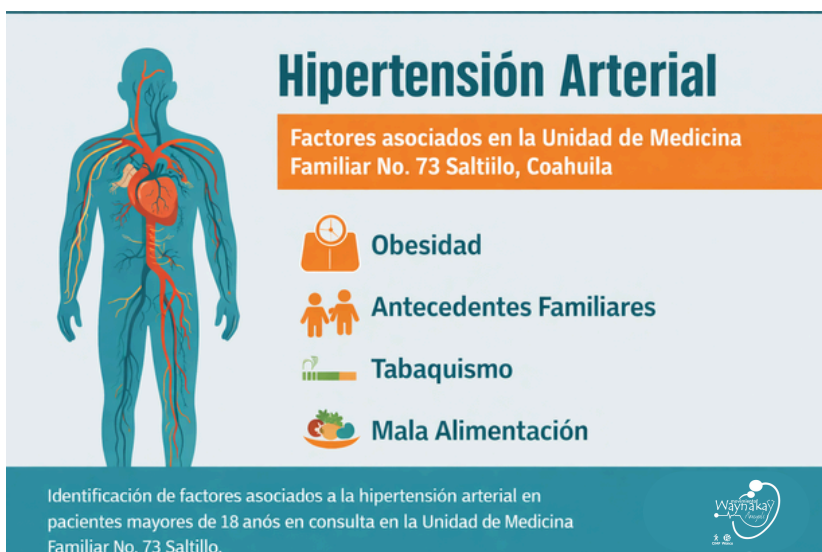
Identificar los factores asociados a hipertensión arterial en pacientes mayores de 18 años que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 73 Saltillo, Coahuila.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, en pacientes que acuden a consulta médica del periodo de mayo a julio en el año 2023 en la Unidad de Medicina Familiar No. 73 de Saltillo, Coahuila. Se tomaron 13 ítems del proyecto MMM (3,4,9,15,18,19,20,21,27,29,30,31 y 32) para detectar casos nuevos y conocidos de hipertensión arterial. Análisis univariado: variables de investigación y sociodemográficas; medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y medición de frecuencias para variables categóricas.

Referencias

- 1.-Dávila-Torres J, González-Izquierdo JDJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):240-9.
- 2.- Cruz-Sánchez M, Tuñón-Pablos E, Villaseñor-Farías M, Álvarez-Gordillo GDC, Nigh-Nielsen RB. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. Región Soc. 2013;25(57):165-202.
- 3.-Edo-Martínez A, Montaner-Gomis I, Bosch-Moraga A, Casademont-Ferrer MR, Fábrega-Bautista MT, Fernández-Bueno A, et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:53-65.



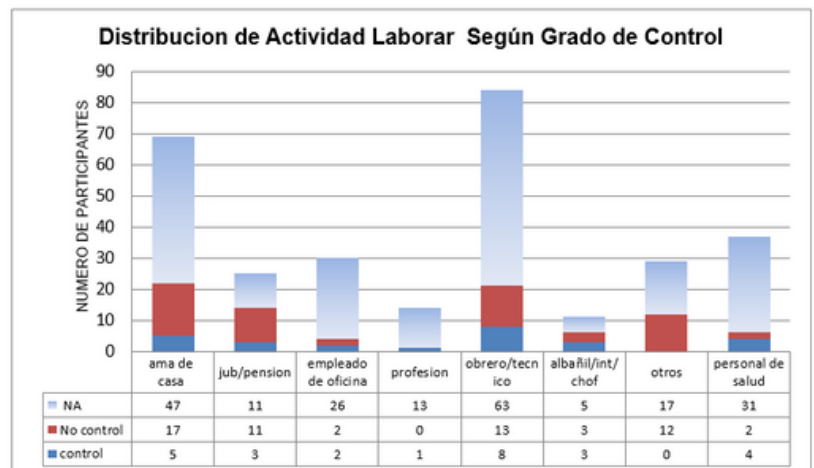
Resultados

Con una muestra de 330 participantes. El 62.1% sexo femenino y el 37.9% masculino. Principales ocupaciones: obrero/ técnico (27.9%), ama de casa (24.2%); encontrando relación significativa con una chi cuadrado de Pearson de .002 entre estas actividades laborales y el control de hipertensión. Del total de participantes, el 73.9% sin diagnóstico previo de hipertensión, mientras que el 26.1% sí lo tenía; de los cuales el 23.6% con adherencia terapéutica, y el 76.4% sin adherencia. Se obtuvo que de 59 participantes que toman medicamento, no están controlados y 25 participantes sí lo están.

Referencias

- 1.-Dávila-Torres J, González-Izquierdo JDJ, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):240-9.
- 2.- Cruz-Sánchez M, Tuñon-Pablos E, Villaseñor-Farías M, Álvarez-Gordillo GDC, Nigh-Nielsen RB. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. Región Soc. 2013;25(57):165-202.
- 3.-Edo-Martínez A, Montaner-Gomis I, Bosch-Moraga A, Casademont-Ferrer MR, Fábrega-Bautista MT, Fernández-Bueno A, et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:53-65.

Figura 1. Distribución de Actividad Laboral según grado de control



Nota: Tabla cruzada Referente a la actividad laboral y control de la TA, tenemos un total de amas de casa (17) y de profesión obrero/técnico (13) los cuales se encuentran en descontrol, con una significancia de chi cuadrado de Pearson de .002, Razón de verosimilitud .001, Asociación lineal por lineal, .696, N de casos válidos 330.

Conclusiones

Las comorbilidades asociadas a Hipertensión son Diabetes Mellitus e insuficiencia renal; el factor de riesgo sociodemográfico relacionado al control de hipertensión arterial y actividad laboral, está encabezado por ama de casa seguido de obrero/ técnico; con una significancia de chi cuadrado de Pearson de .002, además se encontró que el apego terapéutico no se encuentra relacionado con el grado de control, existiendo otros factores de riesgo nutricionales como el IMC grado I que tiene relevancia en su mayoría de esta población.



Incidencia de Ansiedad y/o Depresión durante el embarazo en relación con la edad gestacional, UMF 66

Wendy Susana Luevanos Ibarra¹, Gabriela Escott Pérez¹, Jesús Calvo Ramírez².

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 66 Torreón OOAD Coahuila.

² Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ 16 Torreón OOAD Coahuila.

INTRODUCCIÓN

El embarazo implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la salud mental.¹ Mundialmente las prevalencias de depresión y ansiedad prenatal son de 23.6% y 20.7% respectivamente.² En el estudio de Salgado Contreras se encontró incidencia de ansiedad de 69.9%.³ Solo 37% de las unidades de segundo y tercer nivel cuentan con protocolos de detección de trastornos mentales perinatales y solo el 40% ofrece atención primaria.¹

OBJETIVO

Determinar la incidencia de ansiedad y/o depresión durante el embarazo según cada trimestre gestacional en mujeres adscritas a la UMF 66.

MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Se aplicaron las encuestas PASS y la escala de Edimburgo a mujeres mayores de 18 años, embarazadas, de modo aleatorio en cada trimestre gestacional. Además de 4 preguntas adicionales para recolección de datos generales.

RESULTADOS

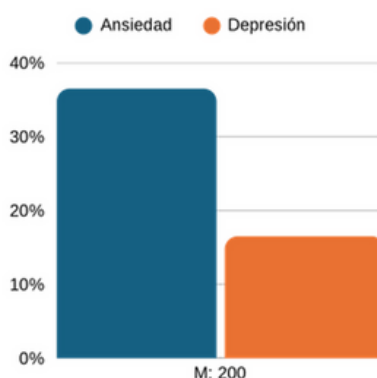
Se estudió a 200 gestantes con una media de edad de 23.76 años, de las cuales, en relación con la edad gestacional, se encontró mayor porcentaje de ansiedad (17.5%) y depresión (7%) dentro de las embarazadas de tercer trimestre, así como en el grupo de edad de 20-24 años (14%).

Las características socio-demográficas de nuestra población mostraron que el 46.5% estaban en unión libre, el 65.5% eran empleadas, 45.5% con nivel escolar hasta bachillerato y 53.5% estaban en su segundo o embarazo posterior.

En cuanto a la salud mental dentro de los tres trimestres, en total se identificó un porcentaje de ansiedad de 36.5% y 16.5% de depresión, encontrándose que la mayoría de los casos se encontraba en el tercer trimestre de embarazo (44% de los casos positivos de ambas condiciones).

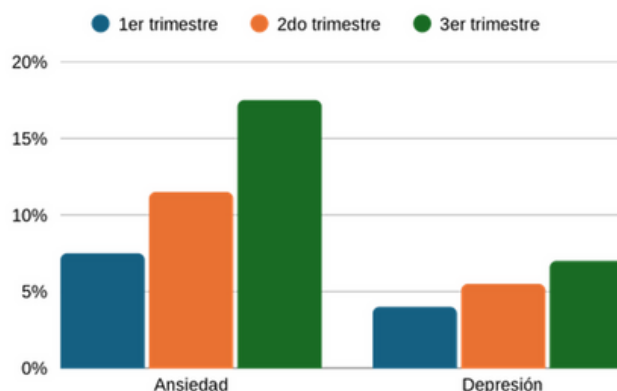
Incidencia de Ansiedad y/o Depresión durante el embarazo en relación con la edad gestacional, UMF 66/ Wendy Luevanos Et Al.

Figura 1. Incidencia global de ansiedad y depresión durante el embarazo en mujeres adscritas a la UMF 66.



Nota: Distribución porcentual de ansiedad y depresión en la población total estudiada (n = 200). Se observa una mayor incidencia de ansiedad (36.5%) en comparación con depresión (16.5%), lo que indica que los síntomas ansiosos son más frecuentes durante la gestación.

Figura 2. Incidencia de ansiedad y depresión según trimestre gestacional en mujeres adscritas a la UMF 66.



Nota: Distribución porcentual de los casos de ansiedad y depresión de acuerdo con el trimestre gestacional. Se identifica un incremento progresivo de ambas condiciones conforme avanza el embarazo, con mayor concentración de casos en el tercer trimestre, lo que sugiere una etapa de mayor vulnerabilidad emocional.

CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia que la incidencia de ansiedad y depresión durante el embarazo en la población analizada es considerablemente elevada, especialmente en el tercer trimestre, donde se concentra el mayor número de casos positivos. Los resultados muestran que más de una tercera parte de las gestantes presentan síntomas de ansiedad y cerca de una quinta parte depresión, cifras que superan las prevalencias mundiales reportadas y que reflejan una problemática relevante en el ámbito de la salud materna.

La escala PASS₄ (Perinatal Anxiety Screening Scale) cuenta con un sólido respaldo científico que justifica su uso durante los tres trimestres del embarazo, debido a su estabilidad psicométrica y su capacidad para diferenciar la ansiedad clínica de los cambios normativos de la gestación. Construida a partir de las experiencias vividas por mujeres perinatales y validada específicamente contra entrevistas clínicas de "patrón oro", lo que la hace la opción preferente en guías clínicas internacionales actualizadas a 2026 para la población perinatal y postnatal, superando las limitaciones de instrumentos generales.

Asimismo, se identifican factores sociodemográficos —como la edad joven, la unión libre y el nivel educativo medio— que podrían estar vinculados con una mayor vulnerabilidad psicológica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los protocolos de detección temprana y la atención primaria en salud mental dentro de las unidades médicas, dado que actualmente la cobertura es limitada, con especial énfasis en el tercer trimestre de gestación, etapa crítica para la salud emocional de la madre y el bienestar del binomio madre-hijo.

REFERENCIAS

- Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, et al. Cir Cir. 2022;90(4):564–72. <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.21000003>
- Alqahtani AH, Al Khedair K, Al-Jeheiman R, Al-Turki HA, Al Qahtani NH. Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. International journal of women's health. 2018;10:101–8.
- Salgado-Contreras RM, Torres-Chauca ML, Salazar-Campos RM, et al. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (7): 469–478. <https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163>
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Archives of Women's Mental Health, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8

¿QUIERES PUBLICAR EN LA REVISTA **AMEYALI?**



ENVIA TU TRABAJO A:
AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM
CON TUS DATOS Y TU MANUSCRITO SIGUIENDO
LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS

Instrucciones para autores

Revista Ameyali

Nuestra revista médica, impulsada por el movimiento Ameyali-Waynakay, promueve la divulgación científica en Medicina Familiar desde todas sus dimensiones: clínica, docente, administrativa y comunitaria. Cada manuscrito se somete a revisión por pares para garantizar rigor metodológico, bioético y científico. A continuación se presentan las especificaciones para cada tipo de publicación.

Artículo Original

Manuscritos de investigación básica o clínica que aportan nuevo conocimiento y cumplen rigor metodológico formal.

- Archivos en Word.
- Título de máximo **15 palabras**
- Resumen estructurado (Introducción, Objetivo, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones), con palabras clave. Máximo **250 palabras**.
- Cuerpo del artículo con las secciones Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía (formato Vancouver).
- Extensión máxima **3,500 palabras**.
- Máximo 3 Figuras/tablas y 5 referencias.

Casos Clínicos

Describen situaciones clínicas de interés por su relevancia, aprendizaje o presentación poco común.

- Archivos en Word.
- Título de Máximo **15 palabras**.
- Estructura: Introducción, caso clínico, discusión y Bibliografía (Formato Vancouver). Máximo **1000 palabras** sin contar referencias ni título.
- Adjuntar consentimiento informado.
- Máximo 2 figuras y 5 Referencias



Resúmenes

Presentan de forma sintética hallazgos relevantes de investigaciones o proyectos en desarrollo.

- Archivos en Word.
- Título de máximo 15 palabras.
- Resumen con: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Bibliografía (formato vancouver).
- Máximo 300 palabras sin contar referencias ni título
- Máximo 2. Figuras y 5 referencias

Revisión

Analizan de manera ordenada y crítica la evidencia científica disponible sobre un tema relevante para la Medicina Familiar.

- Archivos en Word.
- Título máximo **15 palabras**.
- Estructura: Introducción, metodología, desarrollo, discusión, conclusiones y bibliografía (Formato Vancouver). Máximo **1500 palabras**
- Máximo 3 figuras, y 5 Referencias.

Entrevistas, Reseña cultural o Experiencia médico familiar

Sección humanística y comunitaria

- Archivos en Word.
- Título máximo **20 palabras**.
 - Entrevistas: introducción, desarrollo y reflexión final.
 - Experiencias: narración estructurada de la vivencia, aprendizaje y reflexión.
 - Reseña cultural: presentación del contenido cultural y su relación con la práctica médica o comunitaria.
- Extensión máximo **1000 palabras**.
- Máximo 5 imágenes/figuras y 5 referencias (formato Vancouver) cuando aplique.

¿QUIERES SER EDITOR?



FORMA PARTE DEL EQUIPO EDITORIAL DE LA REVISTA MÉDICA AMEYALI.
SOLO ENVÍA UN CORREO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- NOMBRE COMPLETO.
- TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO.
- CURRÍCULUM VITAE ESPECIFICANDO TRABAJOS PREVIOS COMO AUTOR O EDITOR.

ENVÍA TU
SOLICITUD A



AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM