
REVISTA AMEYALI



WORLD
**FAMILY
DOCTOR**
DAY.

BUILDING **MENTAL RESILIENCE**
—— *in a changing world* ——

MAYO 2025

EDITORIAL

Jefatura editorial.



Zorina Estefania Ortega Sosa.

Editores.



Guillermo Bocanegra Hernandez.



Gerardo Alberto López González.



Indira Rocio Mendiola Pastrana.



David Antonio Ramírez Pérez.



Canek Valle Iribe.

INDICE

Muerte fetal en embarazo monocoriónico monoamniótico con antecedentes de abortos recurrentes. Caso clínico.		2
Ya no basta ser médico.		6
Crisis familiares no normativas.		8
Diagnóstico e intervención con terapia antidiabética oral en paciente con diabetes mellitus tipo 3c secundario a pancreatitis crónica en atención primaria. Reporte de caso.		11
Tasa de infección por VPH en mujeres derechohabientes de la UMF 17.		16
Dra. Ana Pérez Villalva: nueva Representante General de Waynakay Latinoamérica ante WONCA		19
La vejez.		22

CASO CLÍNICO

Muerte fetal en embarazo monocoriónico monoamniótico con antecedentes de abortos recurrentes.

Fabián Jiménez Guzmán, Guillermo Tercero Bocanegra Hernández.

Introducción: La pérdida gestacional recurrente, aunque sin una definición universal, se considera como dos o más abortos según la American Society for Reproductive Medicine y la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción Humana, mientras que el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists la define como tres o más pérdidas, no necesariamente intrauterinas.¹

Aproximadamente el 5% de las parejas en edad reproductiva experimentan dos abortos espontáneos clínicos consecutivos, mientras que entre 1 y 3% tienen tres o más, cifra superior a lo esperado por azar (0.5%).²

Rivera Chávez R, et al. estudiaron 280 pacientes con dos o más pérdidas gestacionales, identificando causas endócrinas (56.78%), anatómicas (42.14%) e infecciosas (30.35%), siendo estas últimas mayormente cervicovaginales (40.35%).²

En cuanto a embarazos múltiples, la muerte de un feto en una gestación gemelar monocoriónica biamniótica ocurre en un 10–70% en el primer trimestre y entre 0.5–7% en el segundo y tercero. Los embarazos monocoriónicos monoamnióticos son raros, pero conllevan riesgos elevados, incluyendo accidentes de cordón umbilical y el síndrome de transfusión feto-fetal (15% de los casos).⁶

La muerte de uno de los productos en estos casos representa un riesgo considerable para el sobreviviente, cuya mortalidad fetal o neonatal puede alcanzar el 38%. Las complicaciones incluyen lesiones renales, hepáticas o cerebrales debido a eventos tromboembólicos o anemia aguda.⁶

A continuación, se expone un caso de muerte in útero de un gemelo en embarazo monocoriónico monoamniótico en madre con antecedentes de pérdida gestacional recurrente.

Desarrollo: Paciente de 20 años, originaria de Charcas, San Luis Potosí. Sin antecedentes patológicos relevantes, sin uso previo de métodos de planificación familiar, gesta 3, abortos 2. El primer embarazo, sin atención prenatal, finalizó en un aborto espontáneo relacionado a cervicovaginitis en agosto 2022. El segundo, con vigilancia prenatal, finaliza en un aborto diferido por embarazo anembrionico en diciembre del 2022 requiriendo legrado uterino instrumentado.

En abril 2024, la paciente se embaraza de manera natural, se le diagnostica un embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico por ultrasonido, mostrando dos embriones de 6.6 y 6.5 semanas respectivamente, la paciente inicia su seguimiento prenatal asistiendo a tres consultas prenatales (medicina familiar y ginecología), presentando cervicovaginitis en cada una, tratada con nistatina, micronutrientes y folatos, con buena respuesta.

En la semana 15.4 acude a urgencias por sangrado transvaginal, se diagnostica una infección de vías urinarias y se inicia tratamiento con amoxicilina. En la semana 18.1 presentó nuevamente sangrado por lo que acude al área de urgencias del Hospital Rural 15 Charcas, San Luis Potosí, donde se confirmó la muerte de uno de los fetos y se continuo el seguimiento por ginecología y medicina familiar de manera expectante hasta la semana 32, cuando es enviado al Hospital del Niño y la Mujer en San Luis Potosí para continuar seguimiento con el servicio de materno-fetal. donde se reportó que la paciente ya no presentó infecciones de vías urinarias ni cervicovaginitis; su curva de tolerancia oral a la glucosa fue normal. Asimismo, no ha habido variaciones en el hematocrito o hemoglobina.



Figura 1. Ultrasonido obstétrico en semana 32 donde se observa gemelo reabsorbido.

En la Figura 1, se puede observar la reabsorción del gemelo muerto en la semana 32.1 por última regla, mientras que en la Figura 2 podemos observar la fetometría a las 32 semanas del gemelo sobreviviente. No contamos con información posterior en cuanto a evolución del embarazo ya que se perdió contacto con la paciente

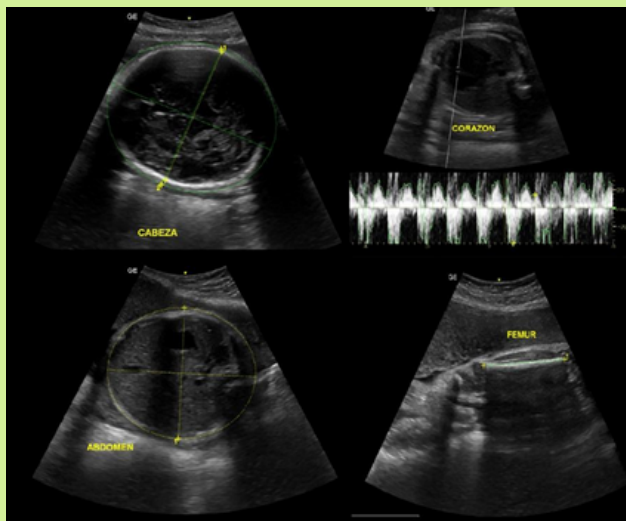


Figura 2. Fetometría de gemelo sobreviviente con 32.1 SDG.

Discusión: En un estudio realizado por Rivera y colaboradores. Se concluyó que en embarazos menores a 16 semanas de gestación (SDG) la muerte fetal temprana de un producto no altera el curso de la gestación del otro. Después de la semana 20 aumenta el riesgo de prematuridad, de retraso de crecimiento intraútero, la mortalidad perinatal y el parto por cesárea para el feto vivo.²

En el caso presentado, encontramos la muerte fetal en la 18.1 SDG, periodo en el que no se encuentran bien descritas las posibles complicaciones para el feto sobreviviente ni para la madre. Se ha demostrado una disminución de la morbilidad y mortalidad del producto sobreviviente (PS) y la madre cuando se encuentra en vigilancia de un tercer nivel de atención médica de manera oportuna. La vigilancia estrecha por el médico materno fetal brinda la oportunidad de mejorar el pronóstico del PS y la madre mediante una adecuada monitorización y en caso necesario, tratamientos invasivos que han demostrado beneficios a corto y mediano plazo. En 2004 Poblete A. y Colaboradores, realizaron un reporte de caso en el cual se realizó una transfusión intravascular intrauterina de 35ml de glóbulos rojos IV O Rh negativo al PS y 3 amniocentesis evacuadoras del gemelo retenido para con resultados favorables dentro del primer año de vida extrauterina del producto.⁶

En 2014, Shek N. y colaboradores, realizaron una revisión de la literatura donde se expusieron las posibles complicaciones que el PS podría presentar; sugiriendo vigilancia estrecha del embarazo con ecografías quincenales y ecografía Doppler del flujo de la arteria umbilical.⁴

Asimismo, Sondgeroth K. y colaboradores, en 2023 sugieren realizar una velocimetría de la arteria cerebral media con resonancia magnética del cerebro del PS al menos 3 semanas después del diagnóstico, buscando intencionadamente la morbilidad neurológica debido a vasculatura compartida. En cuanto al momento del parto se sugiere planificación de este en la semana 34 para monocoriónicos y la en la semana 36 para los bicoriónicos.⁵

Bibliografía

1. Youssef A, Vermeulen N, Lashley E, Goddijn M, van der Hoorn M. Comparison and appraisal of international recurrent pregnancy loss guidelines. *Reprod Biomed Online* 2019; 39 (3): 497-503.
2. Rivera CZ, Morales HF, Godinez EM, León DJ. Prevalencia de las causas de pérdida gestacional recurrente en un centro médico de tercer nivel de atención. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2022, 90(7), 559-568.
3. Rodríguez C et al, Embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico: Presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Rev. colomb. obstet. ginecol oct.-dic. 2013; 64(4): 462-468.*
4. Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Feb;28(2):249-63.
5. Sondgeroth KE. Twin Gestation With Spontaneous Reduction To Singleton. *Clin Obstet Gynecol.* 2023 Dec 1;66(4):792-803.
6. Poblete A, et al. Embarazo gemelar con un óbito: rescate mediante transfusión intravascular intrauterina /. *Rev. Chil. Obstet.* 2004; 69(3): 239-241



YA NO BASTA SER MÉDICO

Reyner Solís

Estimado colega.

Te escribo desde mi día fuera del instituto, después de los 24 pacientes diarios y los 2 “apoyos” que me pide el coordinador que siempre me firma mis pases de salida. Probablemente me lees en el momento más relajado de tu día y lamento iniciar este documento con una mala noticia, pero lo hemos de comentar: “Ya no basta ser médico”.

Estoy convencido que no solamente eres médico, eres madre/padre, hijo/a, hermano/a, esposo/a, cocinero, personal de aseo y hasta policía (sobre todo con tus hijos, si es que tienes) en tus quehaceres diarios. Y procuro trasmitirte este mensaje con un poco de humor y desde la perspectiva de que no es malo ya no sólo ser médico. Te felicito por tu labor titánica diaria y la capacidad de poderte dividir en cinco para realizar todo lo que describí anteriormente; sin embargo, ¿Adivina qué? Ahora podemos alzar la voz y comunicarnos mejor con el resto del mundo.

Tal vez conoces esta maravilla tecnológica de los años 90's llamada INTERNET, y tal vez incluso me conoces de “funas” como cuando hablé de los consultorios anexos a farmacia, de la propia medicina familiar o cuando un neurocirujano sinquehacer también me citó en redes sociales buscando, tal vez, tener un poco de atención. Y si no me conoces, créeme que tal vez es mejor.

YA NO BASTA SER MÉDICO

Quiero invitarte a ser agente de cambio, crearte un perfil en redes sociales donde puedas hablar sobre lo que tal vez no podemos explicar en esa consulta “institucional” de 15 minutos (la cual creo que todos reconocemos es insuficiente). Usa la plataforma que mejor conozcas, Facebook, Instagram, TikTok o Youtube. Estamos rodeados de gente que habla de salud como si la hubiera estudiado y los que la estudiamos no estamos haciendo el contenido que la gente busca, entonces terminan creyéndole más al influencer que dice que el agua de chía le cura el cáncer, que al médico familiar que le limita las tortas de cochinita. Entiendo que muchos amamos el instituto, pero hay muchas cosas por explicar y pacientes qué orientar, reconocer que algo está mal es el primer paso para cambiarlo y todos sabemos que desde adentro, los institutos NO van a cambiar.

Atentamente.

Dr. Ángel Reyner Cruz Solís – Médico familiar y Creador de contenido.



@ocurrenciasdrreyner



@Dr_Reyner_Solis



@ocurrenciasdrreyner



<https://www.facebook.com/OcurrenciasDelDrSolis/>



CRISIS FAMILIARES NO NORMATIVAS.

UNA REVISIÓN
NARRATIVA
ESTRUCTURADA
DESDE LA
PERSPECTIVA DE
LA MEDICINA
FAMILIAR

MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ GÓMEZ

Las crisis familiares se clasifican en normativas cuando forman parte esperada del ciclo vital familiar, y no normativas cuando surgen de forma inesperada. Estas últimas también denominadas crisis intersistémicas, pueden ser altamente disruptivas y representar una amenaza significativa para la funcionalidad familiar y salud de sus integrantes. Este artículo presenta una revisión narrativa sobre los tipos más comunes de crisis no normativas, sus causas, implicaciones y el papel del médico familiar en su identificación y abordaje temprano.

Las crisis no normativa, pueden deberse a diferentes causas como:

Factores familiares o del ambiente familiar; tales como abandono del hogar por parte de alguno de los cónyuges, un embarazo no deseado dentro de la familia, conflictos conyugales que pueden acabar en separación o divorcio o incluso la rivalidad entre hermanos condicionando conflictos internos y alianzas o triangulaciones.

Accidentes o enfermedades que se sufran los individuos de la familia, desde cuestiones temporales como una rinofaringitis (resfriado común) que puede durar solo unos días, hasta hospitalizaciones. Igualmente se han de referir dentro de este tipo de crisis los distintos tipos de toxicomanías, adicciones y demás situaciones similares que pueden llevar a conflictos entre los miembros de la familia

Cambio de estatus económico; y aunque muchos pensarían que esto solo incluye eventos de disminución del poder adquisitivo de los proveedores, también puede ser un aumento sustancial de poder económico, si la familia no tiene un correcto manejo económico y social, e igualmente pueden incluirse cuestiones como cambios de puesto de trabajo, sobre todo si esto requiere aumento de horas laborales o de estrés, desempleo por despidos o por pérdida de capacidades para poder ejercer su actividad laboral primaria, como por ejemplo un accidente o una enfermedad.

Por último, hay que hablar de las crisis no normativas que se están viviendo actualmente no solo en nuestro país, sino al rededor del mundo; las migraciones. Estas crisis conllevan cambios en la dinámica familiar y pueden propiciar importantes alteraciones en la salud general de la familia. La migración ya sea de un solo miembro de la familia, o varios, conlleva el cambio de hogar, cambio de idioma y la incertidumbre de que la estancia en el nuevo lugar no esta asegurada. Así como el contexto social y político que causa la migración, el cual afecta de manera integral a los diversos miembros de las familiar.

La importancia de la identificación de las crisis familiares, su clasificación y su valoración, es necesaria para poder, dar una atención adecuada a los individuos y a los miembros de la familia, así como para poder llevar a cabo una atención integral y detectar, en un momento dado, una situación que pueda impedir una correcta atención y tratamiento de una enfermedad o situación familiar, que es nuestra meta final.

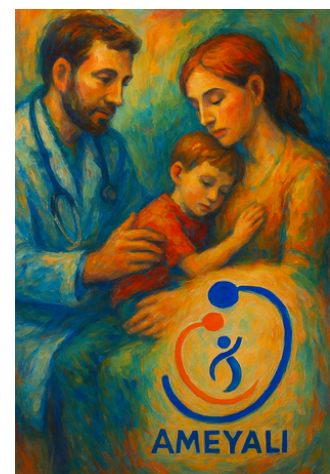
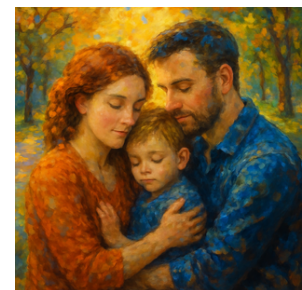
CRISIS FAMILIARES NO NORMATIVAS.

UNA REVISIÓN
NARRATIVA
ESTRUCTURADA
DESDE LA
PERSPECTIVA DE LA
MEDICINA FAMILIAR

MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ GÓMEZ

Referencias

1. Huertas Gutiérrez E. Dinámica familiar y comunitaria. 2a ed. México: McGraw-Hill; 2015. p. 132–145.
2. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(1):32–6.
3. Irigoyen Coria A. Fundamentos de la Medicina Familiar. México: Asociación Mexicana de Medicina Familiar; 2018.
4. Huerta González J. Estudio de Salud Familiar. México: Colegio Mexicano de Medicina Familiar; 2017.
5. Espinoza A, Ruiz V. Adaptación familiar frente a la migración forzada. Psicol Am Lat. 2023;(38):1–10

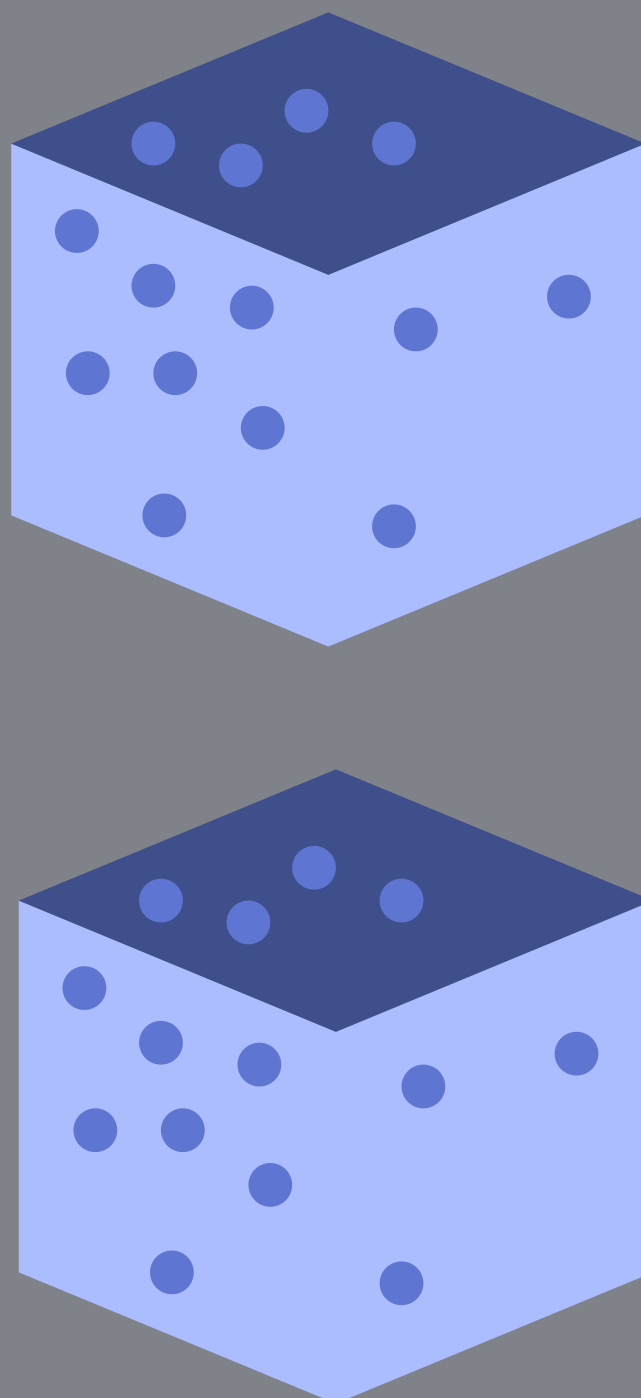


Diagnóstico e intervención con terapia antidiabética oral en paciente con diabetes mellitus tipo 3c secundario a pancreatitis crónica en atención primaria. Reporte de caso.

Katerin Alvarado Echeona, Luis Carlos Alvarado Echeona.

Introducción.

La diabetes mellitus tipo 3c (pancreatogénica) se origina por una enfermedad del páncreas exocrino, donde se presenta una lesión estructural del páncreas que provoca una afectación sobre la secreción de la insulina¹. La pancreatitis crónica es una enfermedad inflamatoria crónica que provoca cambios morfológicos irreversibles (fibrosis y disminución tanto de células acinares, como de conductos e islotes de Langerhans) que ocasionan dolor y la pérdida de las funciones exocrinas y endocrinas del páncreas². La hiperglucemia se genera mediante el déficit de insulina, provocado por la fibrosis extensa del páncreas exocrino que destruye los islotes pancreáticos disminuyendo la masa de células alfa y beta. Conllevando igualmente hacia un déficit de glucagón y polipéptido pancreático, aumentando la resistencia a la insulina y disminuyendo el efecto incretina¹. Los criterios para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 3c (pancreatogénica) secundario a pancreatitis crónica no se han establecido universalmente³. Las intervenciones para el control glucémico se fundamentan en intervenciones no farmacológicas y farmacológicas similares a pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 con algunas particularidades; siendo el antidiabético oral metformina la terapia de primera elección para todos los casos².



Caso Clínico.

Paciente de sexo femenino de 64 años remitida a valoración por servicio de medicina familiar por cuadro clínico de 1 año de evolución consistente en polidipsia, polifagia y poliuria. Adicionalmente, pérdida no intencionada de peso de 10 kg en 12 meses asociado a dolor abdominal difuso postprandial de intensidad moderada, distensión abdominal, deposiciones de características diarreicas (Bristol 6-7) y fétidas. Reporta hallazgo de hemoglobina glicosilada en 6.5% , antecedente de pancreatitis biliar con posterior desarrollo de pancreatitis crónica en terapia de reemplazo enzimático con respuesta parcial. Al examen físico peso: 65 kg talla: 1.60 cm IMC: 25.39 Kg/m². Con ausencia de acantosis nigricans, dolor a la palpación superficial del marco cólico, percusión timpánica y edema de miembros inferiores grado I bilateral. El servicio de medicina general institucional solicita paraclínicos donde se evidencia glucosa en ayuno de 96 mg/dl y hemoglobina glicosilada 6.14%. Con reporte de resonancia magnética abdominal contrastada con proyección pancreática con evidencia de dilatación de los conductos pancreatitis y atrofia del tejido pancreático



Se solicitan marcadores autoinmunes relacionados con la diabetes mellitus tipo 1 (anticuerpos anti-insulina y anticuerpos anti célula de los islotes) lo cuales se reportan negativos. Se inicia terapia farmacológica con metformina a dosis de 500mg cada día indicando su ingesta durante el almuerzo por un tiempo de 2 meses. Posterior a este tiempo el paciente manifiesta ausencia de sintomatología gastrointestinal y disminución de dolor abdominal postprandial durante su ingesta. Por tanto se establece ajustar la terapia farmacológica con metformina a dosis de 850 mg cada día durante el almuerzo. Después de 4 meses se evidencia hemoglobina glicosilada de 5.7% con de ausencia de sintomatología gastrointestinal y ausencia de sintomatología sugestiva de hipoglucemia.



Discusión.

La diabetes mellitus tipo 3c (pancreatogénica), no cuenta con criterios diagnósticos universales³. Generalmente, se sospecha en aquellos paciente con diabetes mellitus que cuenten también con evidencia de enfermedad del páncreas exocrino¹. Se ha propuesto una lista de criterios diagnósticos, donde se tiene que cumplir todos los mayores y un menor, siendo los criterios mayores: la prescencia de insuficiencia pancreática exocrina (según prueba monoclonal de elastasa fecal-1 o pruebas de función directa), hallazgos imagenológicos sugestivos de patología del páncreas y ausencia de marcadores autoinmunes asociados a diabetes mellitus tipo 1. Mientras que los criterios menores son: función de las células beta deterioradas, ausencia de resistencia a la insulina, alteraciones de la secreción de incretinas y niveles séricos bajos de vitaminas liposolubles (A, D, E y K)⁴. Los diagnósticos concomitantes de pancreatitis crónica con diabetes mellitus, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de páncreas. Por lo tanto, la diabetes mellitus tipo 3c puede ser catalogada como una condición premaligna que requiere intervención⁵⁻⁷.

Todo lo previo hace que la diabetes mellitus tipo 3c sea una condición clínica habitualmente subdiagnosticada y equivocamente catalogada como diabetes mellitus tipo 2.

En esta ocasión, la paciente cumple con dos criterios mayores a excepción de la presencia de insuficiencia pancreática exocrina estimada mediante prueba monoclonal de elastasa fecal-1 ó pruebas de función directa. Las cuales no fueron posibles de estimar, por la ausencia del recursos a nivel institucional, aunque basandonos en los hallazgos clínicos de insuficiencia pancreática durante la anamnesis (pérdida no intencionada de peso, dolor abdominal difuso postprandial, distensión abdominal postprandial, deposiciones de características diarreicas y terapia farmacológica con enzimas pancreáticas con mejoría parcial de los síntomas) es posible considerar la presencia de este criterio. Por consiguiente, consideramos importante valorar la prescencia de sintomatología sugestiva de insuficiencia pancreática exocrina como un indicador no cuantificable ante la ausencia de recursos para su estimación.

Para la valoración de los criterios menores, no fue posible cuantificar el deterioro de la función de las células beta mediante la relación péptido C/glucosa o HOMA-B, la ausencia de resistencia a la insulina mediante el índice de resistencia a la insulina (HOMA-IR), la alteración de la secreción de incretinas mediante la medición del polipéptido pancreático y los niveles séricos reducidos de las vitaminas liposolubles. Esto a causa de la ausencia de recursos técnicos institucionales para su estimación. Siendo un limitante para lograr demostrar un diagnóstico contundente ante el cumplimiento tanto de los criterios mayores como menores.

La implementación de estrategias no farmacológicas documentadas para el control de la diabetes mellitus tipo 2, permitieron favorecer un control glucémico desde el momento del diagnóstico.

Conclusión.

La diabetes mellitus tipo 3c habitualmente pasa inadvertida y los pacientes suelen ser clasificados equivocadamente. Es importante sospechar diabetes mellitus tipo 3c ante la evidencia de una patología pancreática aguda o crónica con posterior desarrollo de hiperglucemia. Permitiendo optimizar las intervenciones con una terapia farmacológica antidiabética oral con metformina para favorecer tanto el control glucémico como reducir el riesgo de cáncer de páncreas.

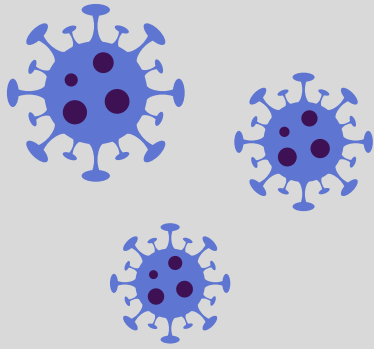
Bibliografía.

1. Seguí Díaz, M., Pérez Unanua, M. P., Peral Martínez, I., López Serrano, A., & Aguirre Rodríguez, J. C. (2023). La diabetes tipo 3c. Abordaje desde el médico del primer nivel. SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.(Ed. Impr.), e102074-e102074.
2. Gardner, T. B., Adler, D. G., Forsmark, C. E., Sauer, B. G., Taylor, J. R., & Whitcomb, D. C. (2020). ACG clinical guideline: chronic pancreatitis. Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG, 115(3), 322-339.
3. Hart, P. A., Bellin, M. D., Andersen, D. K., Bradley, D., Cruz-Monserrate, Z., Forsmark, C. E., Goodarzi, M. O., Habtezion, A., Korc, M., Kudva, Y. C., Pandol, S. J., Yadav, D., Chari, S. T., & Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, Diabetes, and Pancreatic Cancer(CPDPC) (2016). Type 3c (pancreatogenic) diabetes mellitus secondary to chronic pancreatitis and pancreatic cancer. The lancet. Gastroenterology & hepatology, 1(3), 226-237. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30106-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30106-6)
4. Ewald N, Bretzel RG. Diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c)—are we neglecting an important disease? Eur J Intern Med 2013; 24: 203-06.
5. Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., Cavallini, G., Ammann, R. W., Lankisch, P. G., Andersen, J. R., ... & International Pancreatitis Study Group. (1993). Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. New England Journal of Medicine, 328(20), 1433-1437.
6. Duell, E. J., Lucenteforte, E., Olson, S. H., Bracci, P. M., Li, D., Risch, H. A., ... & Boffetta, P. (2012). Pancreatitis and pancreatic cancer risk: a pooled analysis in the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (PanC4). Annals of oncology, 23(11), 2964-2970.
7. Magruder, J. T., Elahi, D., & Andersen, D. K. (2011). Diabetes and pancreatic cancer: chicken or egg?. Pancreas, 40(3), 339-351.
8. Sadeghi, N., Abbruzzese, J. L., Yeung, S. C. J., Hassan, M., & Li, D. (2012). Metformin use is associated with better survival of diabetic patients with pancreatic cancer. Clinical cancer research, 18(10), 2905-2912.

¡ Se parte del cambio!



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



TASA DE INFECCIÓN POR VPH EN MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF 17, IMSS.

NUITH JULIETA SARAÍ JIMÉNEZ SOTO. CRISTIAN MERCADO ESQUIVEL.

INTRODUCCIÓN:

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es el principal agente asociado al desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCU), una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres. En México, el CaCU representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, con más de 9,000 casos nuevos en 2020. La persistencia de genotipos de alto riesgo puede derivar en lesiones precursoras de cáncer.

OBJETIVO:

Estimar la tasa de infección por VPH en mujeres de 20 a 65 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo basado en registros clínicos de citología cervical de 2019 a 2024. Se utilizó una muestra aleatoria simple de 340 registros, calculada con una prevalencia esperada del 33% y un margen de error del 5%. Se analizaron variables como resultado del VPH, hallazgos citológicos, edad y necesidad de seguimiento clínico. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 29.

RESULTADOS.

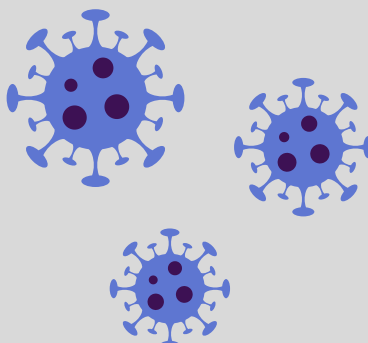
Se revisaron 6066 registros. La prevalencia de infección por VPH fue de 2.29 %, Como hallazgo adicional, se encontró que el 19.5% de las pacientes referidas a colposcopia presentaron lesiones de alto grado. Las mujeres mayores de 50 años mostraron mayor adherencia al seguimiento preventivo.

CONCLUSIONES

La prevalencia observada es congruente con reportes institucionales del IMSS en 2021. Esta prevalencia es inferior al promedio nacional reportado por estudios multicéntricos (8–10%) y por la OMS a nivel global (11–12%), lo que sugiere posibles limitaciones por subregistro o falta de pruebas moleculares como PCR. Por lo que, derivado del presente estudio, se sugiere implementar un tamizaje de calidad con mejor supervisión de registros e incorporar pruebas moleculares, como la PCR, para aumentar la sensibilidad diagnóstica y mejorar la detección oportuna de lesiones precursoras.

BIBLIOGRAFÍA.

1. González-Yebra B, et al. Perfil de infecciones por VPH en lesiones cervicales. Gac. Méd. Méx [online]. 2022, vol.158, n.4, pp.231-237. Epub 30-Sep-2022. ISSN 2696-1288.
2. Kamal MM. George N. Papanicolaou- A tribute. Cytojournal. 2022;19(20):20.
3. McDonald KM, et al. Barriers to Cervical Cancer Screening by Sexual Orientation Among Low-Income Women in North Carolina Arch Sex Behav. 2022;9(1):1-7.
4. Hernández-Aguado JJ, et al. Estudio piloto comparativo del test VPH con genotipado parcial en primera línea frente a otras estrategias de cribado poblacional del cáncer de cérvix. Estudio CRYGEN 16/18 Enferm Infecc Microbiol Clin. 2023;41(5):262-8.
5. Muñoz-Bello JO, et al. Epidemiology and Molecular Biology of HPV Variants in Cervical Cancer: The State of the Art in Mexico. Int J Mol Sci. 2022;23(15):8566.





XIII CONGRESO NACIONAL DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

“Construyendo comunidades saludables con ciencia, corazón y liderazgo”

León, Guanajuato

Hotel Radisson

12 al 14 de noviembre



Inscríbete

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

xiiicnrmfacademico@gmail.com

Dra. Ana Pérez Villalva: nueva Representante General de Waynakay Latinoamérica ante WONCA

Guillermo Bocanegra Hernández.

Con gran orgullo, el movimiento AMEYALI celebra el nombramiento de la Dra. Ana Pérez Villalva como nueva Representante General de Waynakay Latinoamérica ante WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia), cargo que asumirá a partir de septiembre de 2025.

Su elección representa un reconocimiento a su trayectoria, liderazgo y compromiso con la medicina familiar. Ha demostrado una visión clara, un espíritu colaborativo y una profunda pasión por construir espacios de desarrollo para los jóvenes médicos familiares.

En entrevista para revista Ameyali nos comenta lo siguiente:

1. ¿Qué significa para ti esta asignación como representante de Waynakay Latinoamérica ante la WONCA?

Esta asignación representa un compromiso vivo impregnado de optimismo, alegría y esperanza por continuar fortaleciendo oportunidades que se adecuen a las necesidades de los y las médic@s familiares jóvenes de nuestra región, que nos permitan el intercambio de ideas y saberes a través de acciones que culminen con el crecimiento personal y profesional de cada miembro.



2. ¿Cómo recibiste la noticia y qué fue lo primero que pensaste al saberlo?

La noticia la recibí posterior a que se ejecutara el proceso de elección. Lo primero que pensé fue: "No puedo creerlo" esto debido a la profunda admiración de quienes anteceden el liderazgo de Waynakay. Me siento muy afortunada y agradecida por esta oportunidad.

Sobre tu trayectoria y motivaciones:

3. ¿Qué experiencias previas consideras que te prepararon para asumir este papel?

Creo que algunos de los elementos que más han marcado este rumbo han sido: el deseo de construir en comunidad, el perder el miedo (y la pena) de involucrarme en actividades que han requerido la suma de nuevas habilidades, y la curiosidad por conocer más el movimiento (Sus oportunidades, su alcance, etc.). En todo esto, la pasión y el amor por la medicina familiar han representado la piedra angular y el motor de cada proyecto o actividad en la que me he involucrado.

4. ¿Qué papel ha jugado Waynakay en tu desarrollo profesional y personal?

Waynakay representa la tierra fértil sobre la que toda idea puede florecer. En Waynakay no solo he encontrado eco a las inquietudes profesionales que como médicos familiares compartimos, también he encontrado amigas y amigos, con quienes hemos trabajado en diversas actividades, con quienes hemos vivido ilusiones y compartido retos y desafíos que nos preocupan. En Waynakay he generado una nueva forma de ver a la medicina familiar y comunitaria.

Sobre tu visión y proyección:

5. ¿Cuáles son tus principales objetivos como representante de Latinoamérica, y qué retos identificas actualmente para los jóvenes médicos familiares en nuestra región?

Mi principal objetivo es que más médicos familiares conozcan nuestro movimiento, que a través de esta unión que rompe fronteras podamos generar nuevas formas de practicar nuestra especialidad. Estar atenta a las necesidades de nuestros miembros.

ameyalieditorial@gmail.com

Y como he mencionado previamente que se puedan generar mas espacios en donde podamos encontrar soluciones a desafíos que compartimos.

En cuanto a los retos y desafío, en general uno de los que más me preocupan es aquellos relacionados a la salud mental. Aunque, si bien pueden ser diversos, lo cierto es que, para darles frente, lo primero que viene a mi mente es el empoderamiento, la unión entre nuestros países, mantener una visión solida de nuestra prácticas profesionales, fortalecer nuestra identidad desde que estamos en formación, y el compartir la manera en la que lidiamos con estos retos; son algunas de las acciones que pueden generar esa sensación de apoyo tan necesaria.



*IX cumbre Iberoamericana
CIMF WONCA*

Mensaje para la comunidad:

6. ¿Qué mensaje te gustaría compartir con los residentes y médicos familiares que están iniciando su camino?

Antes que nada agradezco por la oportunidad de poder dirigir estas palabras. Quiero que nuestras y nuestros miembros se animen a involucrarse en las actividades de sus movimientos nacionales y se sumen a todas aquellas actividades internacionales. El movimiento somos todos nosotros, me encanta repetir que somos un movimiento vivo que se mueve con un mismo objetivo, una misma pasión, latimos con un mismo fin. Vencemos las barreras del espacio con el uso de la tecnología, nos encontramos en las actividades internacionales para fortalecernos, para congratularnos por las diversas actividades que cada uno realiza. Con cada gestión se aperturan mayores oportunidades para quienes inician en la medicina familiar.

Les pido mantener disposición para sumarse a diversas acciones, grupos de trabajo y actividades que requieren nuestra presencia. Medicas y médicos jóvenes de Iberoamerica es necesario que sepan la importancia que mantienen en sus respectivos países, ustedes representan la esperanza de un futuro que se ve brillante y amplio, la medicina de atención primaria no solo representa la base de nuestros sistemas de salud, como expertos en la medicina centrada en el paciente y sus familias. Tenemos demasiadas habilidades que afertar al mundo desde nuestra visión comunitaria de nuestra práctica.

Me encanta la frase de Ryunosuke Satoro que dice que *“Individualmente somos una gota y juntos somos el mar”*. Seamos ese océano de médicos jóvenes que comparten habilidades, entusiasmo, ideas y acciones en beneficio de nuestra región. La medicina familiar y comunitaria requiere de cada uno de nosotros desde nuestras trincheras, hoy más que nunca.



*IX cumbre Iberoamericana
CIMF WONCA*

La vejez.

Rosita Sanchez



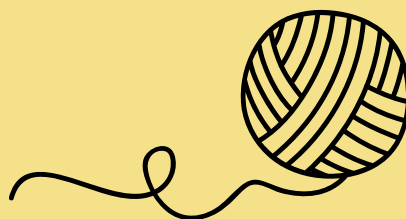
La vejez es un proceso de cambio, así como pasamos de niño a adolescente, ocurre de manera similar en esta etapa; cambiamos y nos revolucionamos, nos convertimos en una versión perfeccionada de nosotros mismos, por lo que hay que vislumbrar con alegría y entusiasmo este ciclo.

Cambiaremos de patrón de punto de cruz, pero seguiremos tejiendo recuerdos en nuestros seres queridos.

Aprenderemos que, sí la dicha de tener hijos es tocar el cielo, el tener nietos es vivir dentro del cielo.

Fortaleceremos los lazos con nuestra manada.

Y aunque la duda de la trascendencia se volverá constante, dependerá de nuestra misión de vida la respuesta .



La Revista Ameyali, quiere felicitar a la Dra. Isabel Favela y el Dr. Eduardo Tovar, por su participación en el XXXV Congreso Nacional de Medicina Familiar.



Dirigiendo el taller de Ameyali con el tema; Prescripción inteligente en geriatría.



Orgullo Ameyali.

**¿QUIERES
EN LA
AMEYALI?**

**PUBLICAR
REVISTA**

**ENVÍA
A**

AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM

**TU TRABAJO CON LAS
ESPECIFICACIONES REQUERIDAS Y
LOS SIGUIENTES DATOS:**

- **NOMBRE.**
- **TELEFONO.**
- **RESEÑA CURRICULAR
DE 200 PALABRAS
MÁXIMO.**

Especificaciones.

Resúmenes

- Archivos en WORD.
- Título: 12 a 15 palabras.
- Resumen: Introducción, Objetivo, Métodos y Resultados y bibliografía.
- Máximo 300 palabras sin tomar en cuenta referencias ni título.
(Preferentemente que se usen la mayoría de las palabras en resultados).
- Al menos una figura, máximo 2.
- Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver.
- De 3 a 5 referencias.

Casos clínicos

- Archivos en Word.
- Título: 12 a 15 palabras.
- Máximo 1000 palabras, sin tomar en cuenta referencias ni título.
- Introducción, caso clínico y discusión.
- Consentimiento informado.
- Al menos una figura, máximo 2.
- Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver.
- De 3 a 5 referencias.

Entrevistas

- Archivos en Word .
- Título: 12 a 15 palabras.
- Máximo 1000 palabras, sin tomar en cuenta referencias ni título.
- Introducción, caso clínico y discusión .
- Al menos una figura, máximo 2 .

Experiencia médico familiar (Way-Nakay)

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

Revisión

- Archivos en Word.
- Título: 12 a 15 palabras.
- Extensión mínima de 2 cuartilla máxima 4 cuartillas.(800 – 1600 palabras.)
- Cuerpo de trabajo: Introducción, metodología, desarrollo, discusión y conclusiones.
- Bibliografía actualizada en formato Vancouver.
- Al menos una figura, máximo 3.
- De 3 a 5 referencias.

Reseña cultural

- Archivo en Word.
- Título: máximo 20 palabras
- Extensión máxima de 2 cuartilla (1000 palabras).
- Al menos una figura, máximo 3.

¿QUIERES SER EDITOR DE LA REVISTA AMEYALI?

ENVIA

- **NOMBRE.**
- **TELEFONO.**
- **C.V.**
- **TRABAJOS PREVIOS COMO
EDITOR O ESCRITOR.**

AL SIGUIENTE CORREO:

AMEYALIEDITORIAL@GMAIL.COM