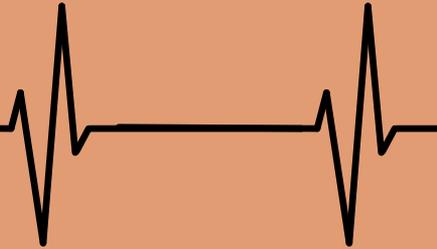


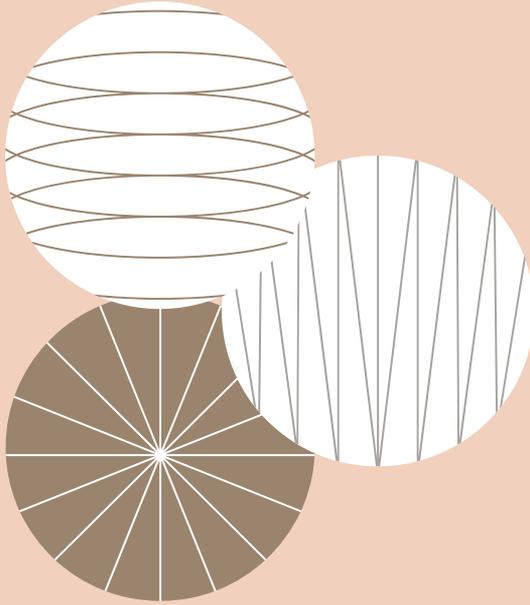
# AMEYALI

Por médicos familiares, para médicos familiares.

Enero 2024. Vol I



- Embajadora de la medicina familiar mexicana: Dra. Georgina Farfán Salazar.
- Cáncer de próstata.
- 5 Películas motivacionales.
- Abstracts.
  - Calidad de vida del personal sanitario en la atención primaria. Pinar del Río 2023.



## **EDITORIAL**

---

**Zorina Estefania Ortega Sosa**

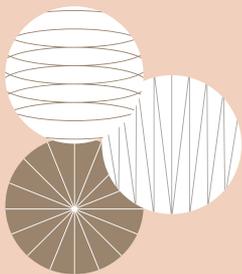
**Indira Mendiola Pastrana**

**Jhordy Tovilla Aguilar**

**José Mauricio Martínez Suarez**

**Nallely Dolores Guerra Olivares**

---



## INDICE

---

• Embajadora de la medicina Familiar: Dra Georgina Farfán.	.....	2
• Revisión de cáncer de próstata.	.....	7
• Impacto de una intervención educativa para mejorar el control en paciente con hipertensión.	.....	14
• Características clínicas y de control en paciente con hipertensión arterial.	.....	16
• 5 películas motivaciones.	.....	18
• La Hipertensión arterial, aliada silenciosa del Síndrome metabólico.	.....	20

---



*EMBAJADORA DE LA MEDICINA  
FAMILIAR MEXICANA:*  
**DRA. GEORGINA FARFÁN SALAZAR**

Por:

Luis Alfredo  
Cantor  
Alvarado

El camino que ha recorrido la medicina familiar en México ha sido irregular, complejo y variado. Por lo que los pioneros que tuvieron que cortar matorral y arar camino para que las generaciones jóvenes pudiéramos caminar más tranquilamente, merecen un espacio en todo proyecto de médicos familiares. En la revista Ameyali, queremos dedicarle esta edición a la Dra. Georgina Farfán Salazar, quién otorgo una entrevista a nuestro autor y presidente de Ameyali, el Dr. Luis Alfredo Cantor Alvarado

1. ¿Qué la motivó a realizar la especialidad en medicina familiar?

Desconocía la especialidad, me habló de ella el director del HGZ 25 donde nació la residencia en 1971. Fui de la quinta generación, me atrajo el programa que veía no sólo lo tradicional de la medicina, sino además ciencias sociales y el estudio de la familia. En el ENARM obtuve el lugar 51.

2. ¿Cómo vivió ser de las primeras generaciones de la medicina familiar, quienes fueron sus primeros maestros y que fue lo que le enseñaron?

Aún existe un trato irrespetuoso hacia los residentes de la medicina familiar como en esas épocas en donde empezaba. Había discriminación y un trato despiadado para quienes estábamos en esa residencia. Nos llamaban “familiosos” en forma despectiva, sin embargo, la exigencia era la misma que para todos los demás becarios.

Entre los primeros maestros que me enseñaron lo que era la medicina familiar estaban el doctor Rubén Velasco Orellana, profesor titular de la residencia, y el jefe de enseñanza del hospital quienes me ubicaron en lo que se esperaba de la medicina familiar.

3.- El programa de medicina familiar ha cambiado bastante en los últimos 5 años, me imagino que cuando usted cursó la residencia era totalmente diferente al actual. ¿Le gustaría platicarnos un poco del programa académico que cursó?

Las actividades estaban organizadas por rotación en el hospital por todos los servicios, exceptuando terapia intensiva y cirugía. Además de las rotaciones por consulta externa de especialidades y la consulta externa de los médicos familiares.

Todas las tardes de 2 pm a 4 pm teníamos clase con los diferentes profesores. Las guardias eran ABCD en urgencias, adultos y niños. El tercer año era completo en unidades médicas rurales del programa IMSS – COPLAMAR que ahora es IMSS Bienestar. El examen para la titulación era con sinodales para presentar una familia al azar, las 10 familias asignadas y la tesis.



5. ¿Cuáles fueron los retos a los que se enfrentó como residente de medicina familiar?

Principalmente la incomprensión del programa y el trato despótico de los especialistas hospitalarios, falta de bibliografía en fuentes originales y confusión del perfil profesional mundial.

6. Egresada de la especialidad, ¿qué retos se le presentaron y cómo fue vista de especialista?

Inicié mi actividad laboral como médico familiar de horario mixto en el turno BD, de 11 am a 2 pm y de 4 pm a 8 pm. Con 2 horas de visita a domicilio que eran muy frecuentes. Había exceso de consultas hasta 30 por turno.

7. Tiene una larga carrera cómo médico familiar en el extranjero, ¿Cómo fue su experiencia en esta área?

El haber conocido otros países en los diferentes congresos fue muy satisfactorio y de gran aprendizaje. En los países de América Latina se considera al modelo de medicina familiar mexicano como el mejor. El primer congreso al que acudí fue en Santa Cruz de la Sierra en Bolivia. Cuando me presentaron recibí un gran aplauso porque México se presentaba por primera vez en ese escenario. Ahí conocí a grandes líderes, entre ellos Julio Ceitlin de Argentina y Cosme Ordóñez de Cuba, por mencionar a los más famosos.



la Dra. Farfán participo muchos años activamente en el CIMF

En representación de México, ocupé diferentes puestos en el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), que posteriormente se convirtió en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. En Granada, España, fui elegida por unanimidad por todos los representantes internacionales, como la primera presidenta de la confederación.

Como presidenta de CIMF, el WONCA () me invitó al congreso mundial en Dublin, Irlanda del Sur, en donde acordamos la construcción de regiones y la introducción del idioma español y portugués en congresos mundiales, ya que hasta ese momento solo se utilizaba el inglés. Actualmente se permite la traducción a todos los idiomas necesarios.

En 2022, en la Cumbre de Guatemala, la octava cumbre me entregó el Premio Médico Familiar 5 Estrellas.

8. Aquí en su casa, usted fundó la reconocida Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar, ¿cómo nació esta idea ?

En 1994 se formó la asociación para solicitar la cuarta conferencia mundial de WONCA que solamente era otorgada a un colegio representativo del país y México no lo tenía. Por eso en 2014 cumplimos 50 años.

9. Muchos de nosotros hemos seguidos sus pasos, en búsqueda de la optimización de la medicina familiar, y nos hemos organizado para la creación de diversos grupos y asociaciones ¿Qué opinión tiene de las nuevas generaciones y de las asociaciones de médicos jóvenes que existen?

Son jóvenes más activos y comprometidos con la especialidad y su formación. Ejemplo de ello son la gran cantidad de jornadas que se realizan en las sedes, por los residentes, quienes sin recursos las organizan y llevan a cabo. Las asociaciones de médicos jóvenes son muy necesarias ya que cada época tiene sus problemas y actualmente la medicina se mueve a una gran velocidad. Son necesarias las organizaciones de gente joven para estar a la altura de las necesidades sociales.



La Dra. Farfán durante su formación.

10. ¿Qué áreas de oportunidad ve actualmente en la medicina familiar?

La actualización de los programas de residencia por su gran expansión. El panorama epidemiológico del país con todas sus características, las necesidades de salud propias de estos tiempos en los que cada grupo de riesgo requiere una atención excepcional como es el caso de los adolescentes y los ancianos, por mencionar algunas.



"Es importante conocer el panorama epidemiológico"

11. ¿Qué consejo les daría a los médicos familiares jóvenes en formación y recién egresados?

Que investiguen sus raíces y hagan una revisión bibliográfica de cada uno de los temas del programa porque se conforman con la bibliografía que les dan sus profesores y no investigan más allá de lo que hay en el mundo actual dentro de la especialidad. Los médicos jóvenes deben empoderarse y estar orgullosos de lo que son, estudiar más, desarrollar la investigación y publicarla.



Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar A.C.

12. ¿Volvería a escoger la medicina familiar como especialidad?

Desde luego que sí, 1000 veces. Esta especialidad me ha hecho muy feliz y no me imagino en ninguna otra.

# Cáncer de próstata



Por:

Martha

Gabriela

Gómez

Nieves.

El cáncer de próstata (C.P.) es un tumor maligno con período de latencia largo y un crecimiento tumoral lento. En la actualidad, es un problema de gran importancia para la salud pública, pues es el segundo cáncer más frecuentemente y la sexta causa de muerte de cáncer en hombres en el mundo. Cada año se diagnostica 1.6 millones de hombres y 366000 mueren a causa de él.

## Epidemiología

En México, la incidencia de C.P. es tres veces menor que lo observado en Estados Unidos de América, donde se posiciona como la primera causa de mortalidad por cáncer existiendo 11.3 muertes por cada 100 mil hombres, en contraste con las 9.8 muertes por cada 100 mil hombres que reporta nuestro país.



Los patrones globales de cambio en las tasas de incidencia a lo largo del tiempo muestran el impacto de la detección del Antígeno Prostático Específico (PSA) en la epidemiología del cáncer de próstata. Durante los últimos 40 años, las tasas de incidencia ajustadas por edad en general han aumentado en todo el mundo. En particular, esta tendencia creciente ha ido en paralelo a la adopción de la detección del PSA en determinadas regiones, como Estados Unidos, Europa y Australia.



Sin embargo, uno de los principales problemas del cribado del PSA es el sobretratamiento en fases tempranas, en algunos casos el abordaje terapéutico puede afectar mayormente la calidad de vida y la salud de los paciente en vez de beneficiarla. Hay estudios que muestran que los hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo que se sometieron a tratamiento con cirugía y radiación no tuvieron ningún beneficio, o casi ningún beneficio en relación de la reducción de mortalidad.

## Factores de riesgo

Diferentes estudios han reportado numerosas formas en las que la biología individual y el estilo de vida influyen en el riesgo de desarrollar C.P.



La edad avanzada es el principal factor de riesgo; el 75% de los pacientes se diagnostican a partir de los 65 años, mientras que el cáncer de próstata es poco frecuente en los hombres menores de 40 años. De igual forma, las muertes relacionadas con este cáncer son más comunes en los hombres de edad avanzada.

El componente étnico es otro factor de riesgo importante. Los afroamericanos poseen un riesgo para cáncer de próstata 60% mayor que los caucásicos, mientras que los individuos de origen asiático americano poseen un riesgo 38% menor a la misma población.



La noción de que el C.P. tiene un fuerte componente familiar está sustentada en numerosos estudios epidemiológicos, los cuales evidencian que los hermanos y los hijos de un paciente con C.P. tienen de dos a tres veces más posibilidades de desarrollar la enfermedad. Además, también se reporta en la bibliografía que cada diagnóstico de C.P. aumenta el riesgo de que otro miembro de la familia padezca esta enfermedad.

Factores de riesgo ambientales como; alto consumo de grasas saturadas, obesidad, tabaquismo y el ejercicio, también se asocian con un riesgo mayor de padecer C.P.

## Diagnóstico

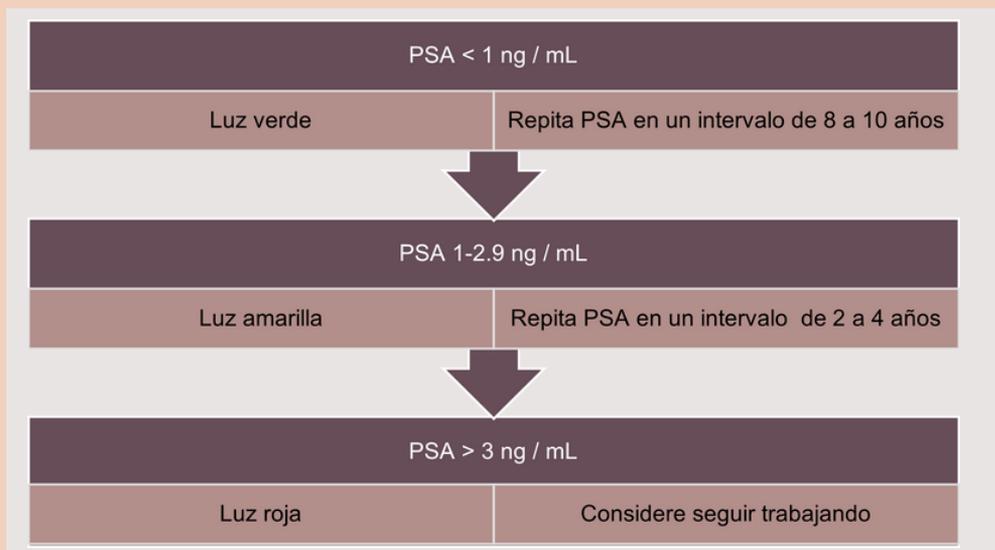


Figura I. Algoritmo del semáforo.

No existe una prueba única en el tamizaje para el cáncer de próstata; sin embargo, la prueba del PSA sigue siendo la piedra angular para la detección del cáncer de próstata. Los niveles de PSA superiores a 4 ng/ml sugieren que el paciente necesita más pruebas. (Fig 1) Los pacientes con niveles de PSA entre 4 ng/ml y 10 ng/ml tienen aproximadamente una probabilidad entre cuatro de tener cáncer de próstata. Si el PSA es superior a 10 ng/ml, la posibilidad de tener cáncer de próstata es superior al 50%.

Las directrices para la detección temprana del C.P. son consistentes al recomendar la toma de decisiones compartida y que esta se lleve a cabo entre 45 y 70 años.

Cuando el C.P. provoca signos o síntomas, éstos pueden ser: poliaquiuria, chorro de orina débil o con interrupciones, hematuria, nicturia y disuria.

Aunque el cribado con PSA y el tacto rectal siguen siendo fundamentales en la detección inicial, el sobretratamiento se ha mitigado con vías de diagnóstico mejoradas y la toma de biopsias dirigidas por imagen como ultrasonido y resonancia magnética (MRI).

La biopsia de próstata guiada por ultrasonido transrectal y fusión de imagen de resonancia magnética (BPUT-RMm) ha surgido como una de las herramientas más prometedoras en el abordaje de los pacientes con sospecha de C.P. y antecedente de evaluaciones negativas, mejorando el diagnóstico y la precisión. Sin embargo, la ausencia de equipos ultrasonográficos con las características necesarias para realizar una BPUT-RMm y la falta de entrenamiento de los especialistas en México no ha permitido que estas técnicas se desarrollen de manera óptima.



## Estratificación

El diagnóstico definitivo es la biopsia prostática y la patología se estudia por el sistema de clasificación Gleason el cual se ha utilizado durante más de 50 años para pronosticar y guiar el tratamiento de pacientes con C.P. En conferencias de consenso celebradas en 2005 y 2014 bajo la dirección de la Sociedad Internacional de Patología Urológica, el sistema ha sufrido importantes modificaciones para reflejar las prácticas diagnósticas y terapéuticas modernas.

Grupo de grado ISUP	Puntuación de Gleason	Riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo
1	≤6	Riesgo bajo
2-3	7	Riesgo intermedio.
4	8	Riesgo alto.
5	9 - 10	Riesgo muy alto.

Cuadro I. Puntuación de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP).

## Tratamiento

Las pautas sugieren que el tratamiento debe restringirse a hombres con enfermedad de alto grado. Se recomienda que los hombres con C.P. de riesgo bajo deben ser tratados de manera conservadora, con un enfoque conocido como vigilancia activa, que implica monitoreo del PSA, repetición de biopsias a intervalos regulares, mientras que casos de riesgo intermedio a alto, se recomienda iniciar tratamiento.

El cáncer de próstata puede clasificarse como sensible o insensible a los andrógenos, lo que es un indicador de la estimulación de la testosterona y la posible opción de tratamiento. Las opciones disponibles para el cáncer de próstata son vigilancia activa, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, cirugía y crioterapia. Las opciones de tratamiento administradas a un paciente dependen de la naturaleza del tumor, el nivel de PSA, el grado y el estadio, y la posible recurrencia.

## Conclusiones

Durante la última década, hemos visto evolucionar la detección y el tratamiento del cáncer de próstata, con evidencia clara de un beneficio en la supervivencia con la detección en pacientes seleccionados que tienen una esperanza de vida de más de 7 a 8 años. La atención se ha centrado en minimizar los daños, reducir el sobrediagnóstico y evitar el sobretratamiento.

## Bibliografía

- Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA. The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harbor Perspect Med*. 2018 Dec 3;8(I2):a03036I. doi: 10.1101/cshperspect.a03036I. PMID: 29311132; PMCID: PMC6280714.
- Lazcano-Ponce E. La necesidad de una política nacional integrada de prevención de cáncer. *Salud Publica Mex [Internet]*. 25 de marzo de 2022 [citado 22 de noviembre de 2023];64(I):I-2. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/I3760>
- Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, Gumenku L, Adegoke A, Mashele S. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. *Molecules*. 2022 Sep 5;27(I7):5730. doi: 10.3390/molecules27175730. PMID: 36080493; PMCID: PMC9457814.
- Matsushita M, Fujita K, Nonomura N. Influence of Diet and Nutrition on Prostate Cancer. *Int J Mol Sci*. 2020 Feb 20;21(4):1447. doi: 10.3390/ijms21041447. PMID: 32093338; PMCID: PMC7073095.
- Williams ISC, McVey A, Perera S, O'Brien JS, Kostos L, Chen K, et al. Modern paradigms for prostate cancer detection and management. *Med J Aust [Internet]*. 2022;217(8):424-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5694/mja2.51722>
- Carlsson SV, Vickers AJ. Screening for Prostate Cancer. *Med Clin North Am*. 2020 Nov;104(6):1051-1062. doi: 10.1016/j.mcna.2020.08.007. Epub 2020 Sep 16. PMID: 33099450; PMCID: PMC8287565.
- Altwaijry N., Somani S., Parkinson J., Tate R., Keating P., Warzecha M., MacKenzie GR, Leung HY, Dufès C. Regresión de tumores de próstata después de la administración intravenosa de dendriplexes de polipropileno que contienen lactoferrina que codifican TNF  $\alpha$ , TRAIL e interleucina-I2. *Entrega de drogas*. 2018; 25 : 679-689. doi: 10.1080/I07I7544.2018.I440666.
- Srigley JR, Delahunt B, Samaratinga H, Billis A, Cheng L, Clouston D, Evans A, Furusato B, Kench J, Leite K, MacLennan G, Moch H, Pan CC, Rioux-Leclercq N, Ro J, Shanks J, Shen S, Tsuzuki T, Varma M, Wheeler T, Yaxley J, Egevad L. Controversial issues in Gleason and International Society of Urological Pathology (ISUP) prostate cancer grading: proposed recommendations for international implementation. *Pathology*. 2019 Aug;51(5):463-473. doi: 10.1016/j.pathol.2019.05.001. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31279442.
- Hoffman KE, Penson DF, Zhao Z, et al. "Resultados informados por los pacientes a lo largo de 5 años para vigilancia activa, cirugía, braquiterapia o radiación de haz externo con o sin terapia de privación de andrógenos para el cáncer de próstata localizado" . *Jamá* . 2020; 323 ( 2 ) : I49-I63.
- Acevedo-Monroy-Campos José Dagoberto Gerardo, Campos-Salcedo José Gadú, Bravo-Castro Edgar Iván, Díaz-Gómez Cristóbal, Estrada-Carrasco Carlos Emmanuel, López-Silvestre Julio César et al . Biopsia de próstata realizada con ultrasonido transrectal de próstata y fusión de resonancia magnética con sistema Artemis: descripción de la técnica. *Rev. mex. urol.* [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2024 Ene 16] ; 79( 3 ) : e08.

# Impacto de una intervención educativa para mejorar el control de la presión arterial en paciente con hipertensión.



**Autores:** Linares Cánovas P., Linares Cánovas L., Pereda Rodríguez Y., Linares Montano A., Dra. Pérez Martín M.

## Resumen

**Introducción:** El elevado porcentaje de pacientes con hipertensión descompensada constituye una seria problemática sanitaria.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de una intervención educativa para mejorar el control de la presión arterial en pacientes con hipertensión.

**Método:** Estudio no observacional (intervención-acción), longitudinal prospectivo, desarrollado entre 2021 y 2023, en muestra de 140 pacientes, del Policlínico Turcios Lima. La investigación tuvo tres etapas (diagnóstico inicial, intervención y evaluación), recurriéndose a la revisión documental y aplicación de instrumentos para la obtención de información que dio salida a las variables analizadas. La etapa de intervención consistió en un programa estructurado, conformado por encuentros con frecuencia quincenal (seis encuentros en total), donde se abordaron las generalidades de la enfermedad, su repercusión y complicaciones, modificaciones de estilos de vida para su control, así como sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Fueron empleados métodos de estadística descriptiva e inferencial.

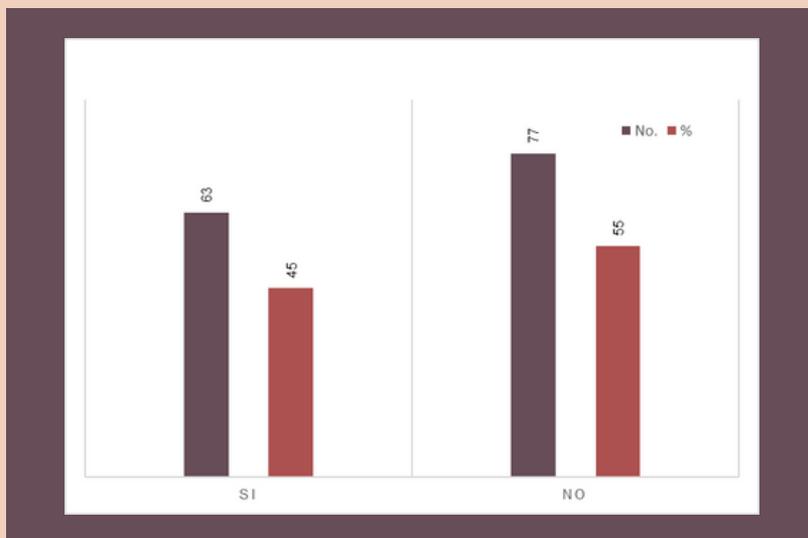


Figura 1. Distribución de la muestra según control de la presión arterial

Resultados: El 55,0% de los pacientes no tuvo control de la presión arterial al inicio del estudio, asociándose a ello la edad ( $p=0,037$ ), convivencia ( $p=0,048$ ), nivel de estrés ( $p=0,017$ ), apoyo afectivo ( $p=0,001$ ) y la ansiedad rasgo ( $p=0,035$ ). Igual comportamiento mostraron todos los factores de riesgo evaluados, obteniendo una mediana de 10 años con el diagnóstico de la enfermedad, presentando polifarmacia el 37,9 % de la muestra, y un bajo riesgo cardiovascular el 53,6%. La adherencia parcial (50,7 %) y el nivel de conocimientos medio (52,9 %) predominaron, asociándose ambas variables con el control de la presión. Disminuyó al 38,6%, el control de la presión al finalizar el estudio, evidenciándose cambios no significativos en la adherencia farmacológica ( $p=0,405$ ), a pesar de mejorar el nivel de conocimientos ( $p=0,029$ ).

Conclusiones: Las modificaciones reportadas en el control de la presión arterial, nivel de conocimientos y adherencia farmacológica indican que la intervención aplicada fue insatisfactoria

Variables		Antes		Después		Cambio porcentual	p
		No.	%	No.	%		
Control de la presión arterial*	Si	63	45,0	54	38,6	-14,29	0,347
	No	77	55,0	86	61,4		
Adherencia al tratamiento farmacológico**	Adherencia total	5	3,6	7	5,0	40,0	0,405
	Adherencia parcial	71	50,7	79	56,4	11,27	
Nivel de conocimientos***	Ausencia de adherencia	64	45,7	54	38,6	-15,63	0,029
	Bajo	22	15,7	4	2,9	-81,82	
	Medio	74	52,9	53	37,9	-28,38	
	Alto	44	31,4	83	59,3	88,64	

**Notas:** \* Prueba  $X^2$  de McNemar; \*\* Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon; \*\*\* Prueba t-Student para muestras relacionadas

Figura 2. Modificaciones en el control de la PA.

## Referencia.

- Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, García-Roche R, Carbonell-García I, Achiong-Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Finlay [Internet]. 2018 [citado 2023 Jun 23]; 8(3): e09.
- Pons Barrera E, Alfonso de León J, Ruau Alderete M. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Rev Medica Electronica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 41(1): e109.
- Morejón Giraldoni A, Benet-Rodríguez M, Bernal-Muñoz J, Espinosa-Brito A, Silva Aycaguer L, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 45(3): e1716.
- Sánchez-Delgado J, Sánchez-Lara N. Agregación familiar en individuos con hipertensión arterial esencial y factores de riesgo. Finlay [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 23]; 10(4): e007.
- Arredondo Bruce A, Navarro Pirez D, Porto Franco L. Estudio del descontrol de la tensión arterial de los adultos menores de 60 años. Rev Medica Electronica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 41(6): e001.
- González Boulí Y, Cardosa Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev Inf Cient [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 98(2): e2316.
- Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hypertension [Internet]. 2021 Feb [citado 2023 Jul 20]; 77(2):692-705.
- Tsioufis K, Kreutz R, Sykara G, van Vugt J, Hassan T. Impact of single-pill combination therapy on adherence, blood pressure control, and clinical outcomes: a rapid evidence assessment of recent literature. J Hypertens [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Feb 23]; 38(6): 1016-1028.
- Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, García-Roche R, Carbonell-García I, Achiong-Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Finlay [Internet]. 2018 [citado 2023 Jun 23]; 8(3): e09.
- Pons Barrera E, Alfonso de León J, Ruau Alderete M. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. Rev Medica Electronica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 41(1): e109.
- Morejón Giraldoni A, Benet-Rodríguez M, Bernal-Muñoz J, Espinosa-Brito A, Silva Aycaguer L, Ordunez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 45(3): e1716.
- Sánchez-Delgado J, Sánchez-Lara N. Agregación familiar en individuos con hipertensión arterial esencial y factores de riesgo. Finlay [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 23]; 10(4)
- Arredondo Bruce A, Navarro Pirez D, Porto Franco L. Estudio del descontrol de la tensión arterial de los adultos menores de 60 años. Rev Medica Electronica [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 41(6): e001. D
- González Boulí Y, Cardosa Aguilar E, Carbonell Noblet A. Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores. Rev Inf Cient [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 98(2): e2316.

# Características clínicas y de control en paciente con hipertensión arterial.

**Autores:** Ochoa Tapia E., Siller Ventura Violeta De Jesús

## Resumen

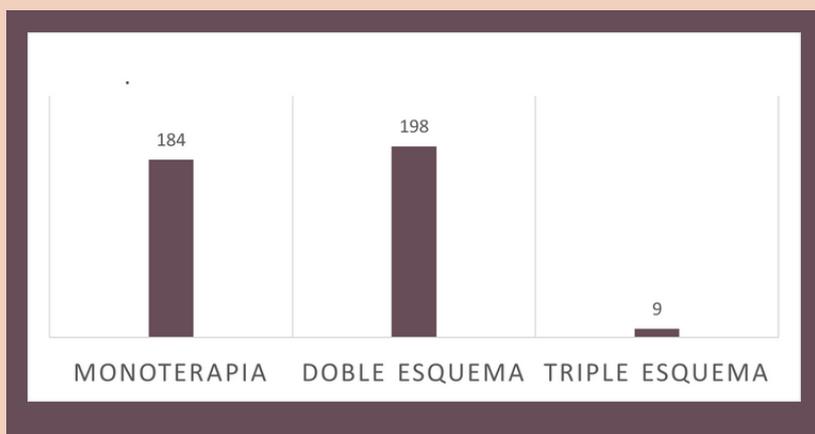
**Introducción:** La Hipertensión Arterial (HAS) se detecta en el primer nivel de atención y está asociada con comorbilidades como obesidad, diabetes mellitus y enfermedades renales, que son las más relacionadas con el desarrollo de complicaciones. También, se asocia con determinantes ambientales y dietéticos.

Es una enfermedad crónica controlable de etiología multifactorial que causa aproximadamente 10,5 millones de defunciones al año. El número de defunciones por HAS es menor en países desarrollados, donde se implementan programas de concientización, tratamiento y control de la enfermedad. Sin embargo, los países de medio-bajo recursos aún no cuentan con estrategias de prevención eficientes que mejoren los servicios de salud.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y de control en pacientes con hipertensión arterial.

**Métodología:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal analítico en 391 pacientes mayores de 18 años con hipertensión arterial. Se dividieron a los participantes en dos grupos: control y descontrol de la TA (tensión arterial). Se utilizó una prueba de  $\chi^2$  para analizar la asociación entre farmacoterapia, IMC, dieta y actividad física.

**Resultados:** La edad media fue de 62,2 años (DE 12,8 años). El 58,1% eran mujeres y el 41,9% eran hombres. El estado civil más común fue el matrimonio (50,9%), seguido de la soltería (46%).



Grafica 1: Frecuencia de farmacoterapia prescrita

Las ocupaciones más comunes fueron la agricultura (9%), la industria (10,2%) y los servicios (23,8%). La escolaridad más común fue la primaria (24,3%). El tratamiento farmacológico más común fue la monoterapia (47,1%) (Gráfica 1).

Los pacientes con mayor control antihipertensivo se encontraban bajo un doble esquema antihipertensivo (49,2%). El IMC no se asoció significativamente con el control de la hipertensión en los pacientes con sobrepeso. Los pacientes con plan alimenticio (93,8%) y los que realizaban actividad física (91,7%) tenían un control de la TA (Tabla 1).

Conclusiones: El control de tensión arterial se relaciona de manera importante con factores como la actividad física y plan alimenticio.

	Control n=325	Descontrol n=66	Valor p
<b>FARMACOTERAPIA</b>			
<b>Monoterapia</b>	157 (48.3%)	27 (40.9%)	0.448*
<b>Doble esquema</b>	160 (49.2%)	38 (57.6%)	
<b>Triple esquema</b>	8 (2.5%)	1 (1.5%)	
<b>ÍNDICE DE MASA CORPORAL</b>			
<b>Bajo peso</b>	2 (0.6%)	2 (3.0%)	0.063*
<b>Normal</b>	63 (19.4%)	6 (9.1%)	
<b>Sobrepeso</b>	150 (46.2%)	30 (45.5%)	
<b>Obesidad I</b>	75 (23.1%)	17 (25.8%)	
<b>Obesidad II</b>	30 (9.2%)	7 (10.6%)	
<b>Obesidad III</b>	5 (1.5%)	4 (6.1%)	
<b>DIETA</b>			
<b>Si</b>	305 (93.8%)	60 (90.9%)	0.383*
<b>No</b>	20 (6.2%)	6 (9.1%)	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
<b>Si</b>	298 (91.7%)	60 (90.9%)	0.835*
<b>No</b>	27 (8.3%)	6 (9.1%)	

Tabla 1. Factores relacionados con el control de la tensión arterial

## Referencias

- Brouwers S, Sudano I, Kokubo Y, Sulaica EM. Arterial hypertension. Lancet Lond Engl. 17 de julio de 2021;398(10296):249-61.
- Hermida RC, Mojón A, Fernández JR, Otero A, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, et al. Ambulatory blood pressure monitoring-based definition of true arterial hypertension. Minerva Med. diciembre de 2020;111(6):573-88.
- Palomo-Piñón S, Antonio-Villa NE, García-Cortés LR, Álvarez-Aguilar C, González-Palomo E, Bertadillo-Mendoza OM, et al. Prevalence and characterization of undiagnosed arterial hypertension in the eastern zone of Mexico. J Clin Hypertens Greenwich Conn. febrero de 2022;24(2):131-9.
- Yamamoto-Moreno JA, Navarro-Rodríguez SA, Ruiz-Pérez S, Godínez-Reyes JC, Mendoza-Rojo M. Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Mexico: An Opportunistic Medical Student-led Blood Pressure Screening Campaign – A Cross-Sectional Study. Int J Med Stud. 9 de diciembre de 2020;8(3):263-72.

# 5 PELÍCULAS

## motivacionales

Por: Adhai Berdeja Galeana

Estas películas motivadoras ofrecen mensajes inspiradores sobre la perseverancia, la superación de obstáculos y la búsqueda de la felicidad, lo que las convierte en excelentes opciones para aquellos que buscan una dosis de motivación en sus vidas.

### I. The Pursuit of Happyness (2006)

dirigida por Gabriele Muccino



Esta película está basada en la verdadera historia de Chris Gardner, interpretado por Will Smith. La trama sigue a Gardner, un vendedor de puerta en puerta sin hogar que lucha por darle una vida mejor a su hijo. A pesar de enfrentarse a numerosos desafíos, Gardner mantiene una actitud positiva y persevera a través de la adversidad. La película destaca la importancia de la determinación y la resiliencia en la búsqueda de la felicidad.

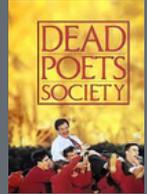
### 2. The Shawshank Redemption (1994)

dirigida por Frank Darabont



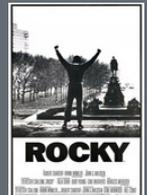
Esta película está basada en un relato de Stephen King. La historia sigue a Andy Dufresne, interpretado por Tim Robbins, un hombre condenado injustamente a cadena perpetua. A lo largo de los años, Andy mantiene su esperanza y determinación de escapar de Shawshank, demostrando que la voluntad y la perseverancia pueden superar incluso las circunstancias más desafiantes.

### 3. Dead Poets Society (1989) dirigida por Peter Weir



Esta película ambientada en una escuela preparatoria cuenta la historia del profesor John Keating, interpretado por Robin Williams. Keating inspira a sus estudiantes a vivir con autenticidad, perseguir sus sueños y desafiar las expectativas sociales. La película enfatiza la importancia de la autoexpresión y la búsqueda de la pasión en la vida.

### 4. Rocky (1976) dirigida por John G. Avildsen



Esta película clásica sigue la historia de Rocky Balboa, interpretado por Sylvester Stallone, un boxeador de Filadelfia que obtiene la oportunidad de enfrentarse al campeón del mundo. Aunque inicialmente considerado como un novato, Rocky demuestra que la determinación, la disciplina y el trabajo duro pueden llevar a alcanzar metas aparentemente inalcanzables.

### 5. The Blind Side (2009) dirigida por John Lee Hancock



Esta película se basa en la historia real de Michael Oher, interpretado por Quinton Aaron, un joven sin hogar con habilidades excepcionales en el fútbol americano. Leigh Anne Tuohy, interpretada por Sandra Bullock, y su familia lo acogen y le brindan apoyo. La película destaca cómo la bondad y la oportunidad pueden transformar la vida de una persona, subrayando la importancia de ayudar a los demás a alcanzar su máximo potencial.

# La Hipertensión arterial, aliada silenciosa del Síndrome metabólico

Por: Alfredo Robles Rodriguez

La hipertensión arterial sistémica (HTA) se define como el padecimiento multifactorial caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas. En ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes la cifra tensional diagnóstica es  $\geq 140/90$  mmHg, cuando se presenta enfermedad cardiovascular o diabetes  $\geq 130/80$  mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0gr. e insuficiencia renal, es diagnóstico presentar cifra  $\geq 125/75$  mmHg.

Esta enfermedad es más frecuente en edades avanzadas, alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. A medida que las poblaciones envejecan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la HTA seguirá aumentando en todo el mundo. Se calcula que el número de personas con HTA aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1,500 millones.

La prevalencia al 2020 en México fue de 49.9%, cumpliendo los criterios de la guía JNC-8, de los cuales 70% desconocía su diagnóstico. De acuerdo a los criterios de la American Heart Association (AHA), el 30.2% de los adultos mexicanos padecía HTA, de los cuales el 51% ignoraba tener esta enfermedad y solo la mitad de quienes fueron diagnosticados por un médico presentó valores de tensión arterial considerados en control óptimo.

A pesar de que existe un amplia gama de fármacos para el control de la HTA, guías de manejo y capacitación al personal de salud para controlar esta enfermedad, más de la mitad de los pacientes ya diagnosticados y con tratamiento farmacológico no logran controlar sus cifras tensionales

El 80-95% de las pacientes son diagnosticados con “hipertensión esencial” ó hipertensión arterial sistémica primaria; llamada así porque su origen no es consecuencia directa de una causa orgánica, sino de múltiples factores.

Algunos estudios sugieren que los genes que codifican componentes del sistema renina-angiotensina-aldosterona juntos con polimorfismos del angiotensinógeno, y de la enzima convertidora de angiotensina pudieran intervenir en la hipertensión y la sensibilidad al cloruro de sodio.

# Fisiopatogenia

La presión arterial está determinada por dos mecanismos principales, el gasto cardiaco y las resistencias vasculares periféricas. A su vez, el gasto cardiaco depende del volumen sistólico y la frecuencia cardiaca. Las resistencias vasculares periféricas están reguladas por los cambios funcionales y anatómicos en las arterias. Hay mecanismos que pueden desencadenar una respuesta hipertensora, alterando el equilibrio de este sistema.

## 1. Mecanismos neurales:

Los impulsos adrenérgicos de origen simpáticos estimulan receptores, en el en vasos, riñón y corazón. La estimulación del receptor  $\alpha_1$  a nivel renal intensifica la reabsorción de sodio en los túbulos renales. La estimulación de receptores  $\beta_1$  en el miocardio estimulan la frecuencia y la potencia de las contracciones del corazón (efecto cronotrópico e inotrópico positivo). La activación de los receptores  $\beta_2$  relaja el músculo liso de vasos sanguíneos y los dilata. Estos reflejos están regulados por barorreceptores y quimiorreceptores situados en el cayado aórtico y los senos carotídeos.

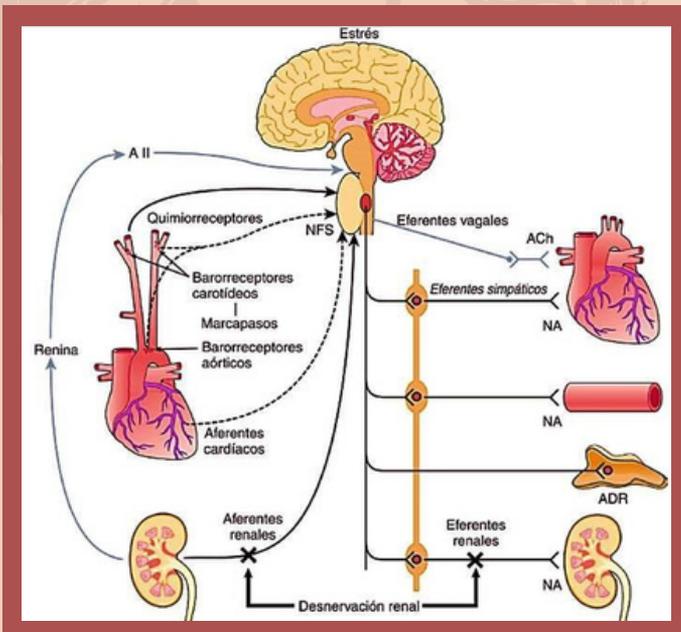


Figura I.

Mecanismos neurales simpáticos en la regulación de la presión arterial. Las flechas discontinuas representan influencias nerviosas inhibitorias, y las flechas continuas representan influencias nerviosas excitadoras en el flujo simpático al corazón, vasculatura periférica y riñones. A II, angiotensina II; ACh, acetilcolina; ADR, adrenalina; NA, noradrenalina; NFS, núcleo del fascículo solitario. (Modificado de Martin EA, Victor RG. Premise, promise, and potential limitations of invasive devices to treat hypertension. *Curr Cardiol Rep* 2011; 13:86-92).

## 2. Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA):

La activación del SRAA es uno de los mecanismos más importantes que contribuyen a la disfunción de las células endoteliales, el remodelado vascular y la hipertensión. La renina se une al angiotensinógeno (polipéptido producido en el hígado) para producir Angiotensina I, la que rápidamente se convierte en Angiotensina II (A II) por la enzima convertidora de angiotensina (ECA) la cual se encuentra principalmente en el endotelio pulmonar (no exclusivamente). La interacción de A II con los receptores de AT<sub>1</sub> acoplados a proteína G activa numerosos procesos celulares que contribuyen a reabsorción de Na, reabsorción de H<sub>2</sub>O y elevación de la presión arterial. Se han identificado tres estímulos para la secreción de renina: 1) menor transporte de cloruro de sodio en la rama ascendente del asa de Henle y túbulo contorneado distal; 2) disminución de la presión de perfusión en la arteriola renal aferente, 3) estimulación de tipo simpático de las células renales a través de receptores adrenérgicos β<sub>1</sub>. Cuando este proceso se perpetúa, se favorece la vasoconstricción, la generación de especies reactivas de oxígeno, la inflamación vascular, el remodelado cardiovascular y la producción de aldosterona, lo que da origen a la hipertensión arterial sistémica.

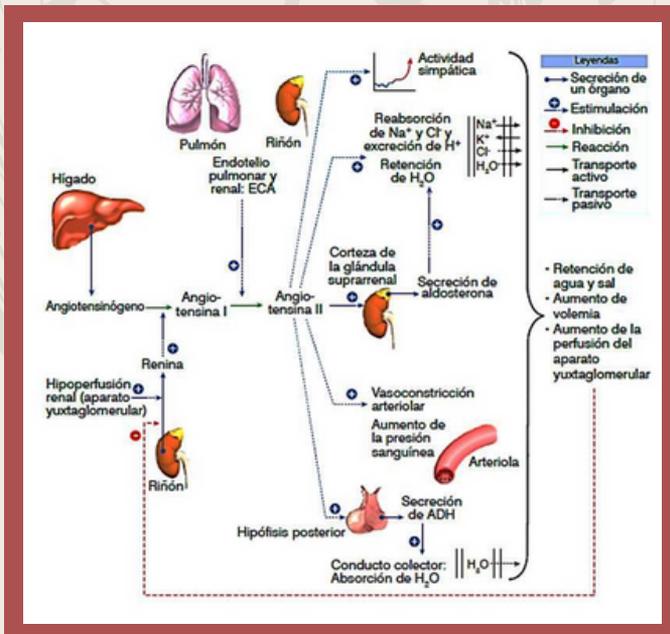


Figura 2. Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. ADH: hormona antidiurética; ECA: enzima convertidora de angiotensina. Tomado de: Alzate-Monsalve DC, Vásquez-Mejía M. Hiperaldosteronismo primario. Med & Lab Vol 18 (5-6) 2012.

### 3. Disfunción y lesión endotelial:

En condiciones normales las células del endotelio secretan sustancias vasoconstrictoras (endotelina, factor constrictor derivado del endotelio/EDCF) y sustancias vasodilatadoras (óxido nítrico y prostaciclina PGI<sub>2</sub>). El tono vascular depende del equilibrio de la acción de estos dos sistemas. En los sujetos hipertensos predomina la acción y función del sistema vasoconstrictor y el sistema vasodilatador se encuentra parcialmente inactivado por especies reactivas de oxígeno.

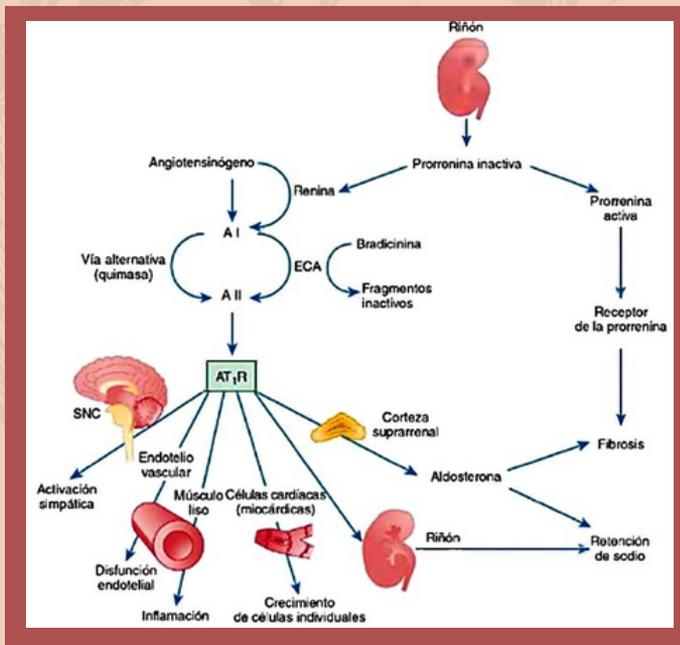


Figura 3. Mecanismos del sistema SRAA y lesión en órganos diana. AI, angiotensina I; AII, angiotensina II; AT<sub>1</sub>R, receptor de angiotensina I; ECA, enzima convertidora de angiotensina. Tomado de Zipes D, et al. Braunwald: Tratado de cardiología. IIª edición. España: Elsevier: 2019.

## Clasificación

Tabla 1 AHA 2020		
Categoría	Sístolica	Diástolica
Normal	<130	< 85
Elevada	130 -139	85 -89
HTA Estadio 1	140 -159	90-00
HTA Estadio 2	> 160	> 100

## Cuadro clínico

La mayoría de los pacientes con HTA son asintomáticos, lo cual ocasiona que su detección sea tardía en muchas ocasiones; en este contexto la toma de presión arterial durante el examen médico rutinario puede llegar a ser la única forma fiable de identificar esta enfermedad. No obstante, algunos de los síntomas comunes suelen ser cefalea (generalmente de localización occipital), mareos, visión borrosa, palpitaciones, dolor torácico, respiración entrecortada y edemas periféricos.

En relación con los eventos hipertensivos gestacionales, se identifican la hipertensión arterial crónica: diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación o que persiste luego del puerperio. La hipertensión gestacional: aquella que acontece luego de las 20 semanas sin proteinuria ni daño orgánico y deja de manifestarse en el puerperio. La preeclampsia-eclampsia: después de las 20 semanas y se acompaña de proteinuria, con o sin daño orgánico.

## Diagnostico

Según diversas guías, el diagnóstico se realiza tras detectar cifras tensionales  $\geq 140$  mmHg de presión sistólica y  $\geq 90$  mmHg de presión diastólica en condiciones adecuadas durante 2 consultas separadas por 1-4 semanas. En cada consulta se deben registrar 3 mediciones separadas por 3 a 5 minutos.



Figura 4. Condiciones adecuadas para la toma de PA. Tomado y modificado de 2020 International Society of Hypertension: Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020; 75:00-00. DOI: 10.1161/HYPERTENSIO NAHA.120.15026.

La cifra reportada será el promedio de las últimas 2 mediciones. Se tomara la cifras de tensión arterial por método auscultatorio (esfigmomanómetros de mercurio y aneroides) o por dispositivos electrónicos automáticos, con ciertas especificaciones .

En casos en que las cifras de tensión arterial sean mayores de 180/ 110 o haya evidencia de daño a órgano blanco, se podrá hacer el diagnostico en la primera consulta.

(Figura 4)

La medida de la tensión arterial (PA) en el domicilio por el propio paciente o por un familiar se denomina AMPA. El registro de la PA durante 24 h de forma automática e informatizada con un monitor programable se denomina MAPA. El diagnóstico de hipertensión arterial también puede establecerse mediante el MAPA ó AMPA. (Tabla 2)

**Tabla 2 . Diagnostico**

Categoría	PAS		PAD
Consulta	> 140	y/o	>90
Ambulatoria MAPA	> 130		> 80
Promedio 24 h	> 135		> 80
Diurna	> 120		> 85
Nocturna	140		> 70
AMPA	> 135		> 85

Como parte del diagnóstico complementario las diferentes guías de práctica clínica recomiendan calcular el riesgo cardiovascular como predictor de mortalidad de un evento cardiovascular letal a 10 años, en el caso de México, la recomendación es utilizar el sistema SCORE. A los pacientes hipertensos con enfermedad ateromatosa sintomática o asintomática, diabetes mellitus tipo 1 (DM1) o tipo 2 , factores de riesgo individuales o enfermedad renal crónica (ERC) (estadio 3 a 5), se los considera automáticamente con riesgo CV muy alto.

Los exámenes complementarios en la evaluación y determinación de daño orgánico son: hemoglobina, glucosa en ayuno, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, potasio y sodio sanguíneos, ácido úrico, creatinina (estimar TFG), análisis de orina, electrocardiograma de 12 derivaciones y radiografía de tórax.

# Tratamiento

## No Farmacológico

Modificaciones del estilo de vida: Los cambios efectivos en el estilo de vida pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA de grado 1. También, pueden potenciar los efectos del tratamiento hipotensor, pero nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico de los pacientes con daño orgánico causado por HTA o con un nivel de riesgo cardiovascular alto.

Modificaciones del estilo de vida: Los cambios efectivos en el estilo de vida pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA de grado 1. También, pueden potenciar los efectos del tratamiento hipotensor, pero nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico de los pacientes con daño orgánico causado por HTA o con un nivel de riesgo cardiovascular alto.

Las recomendaciones no farmacológicas más frecuentes son:

- Restricción de sodio en la dieta a 2 g/día
- Dieta DASH
- Moderación del consumo de alcohol
- Reducción de peso (mantener IMC entre 20-25 para los menores de 60 años, más alto para los mayores)
- Ejercicio físico regular (30 min de ejercicio aeróbico 5-7 días a la semana, individualizar)
- Abandono del tabaquismo

## Farmacológico

Las recomendaciones en las nuevas guías europeas y americanas modificaron las pautas para el inicio de tratamiento, recomendando la terapia combinada de fármacos sobre la monoterapia, salvo en casos especiales. Además, de moderar el uso de Los  $\beta$ -bloqueadores.

## Paso 1

- Iniciar con combinación doble con IECA o ARA-II + BCC (Bloqueador de los canales calcio) o Diurético (Tiazídico).
  - Considere la monoterapia para la HTA de grado 1 (PAS < 150 mmHg) y riesgo bajo o para pacientes ancianos ( $\geq 80$  años) o frágiles.
  - En pacientes afroamericanos se recomienda iniciar combinación que incluya bloqueador de los canales de calcio y diurético de tipo Tiazida.

## Paso 2

Combinación triple con IECA o ARA-II + BCC + Diurético.

## Paso 3

Combinación triple + Espironolactona u otro fármaco (otro diurético, bloqueador alfa o bloqueador beta).

HTA resistente. Considerar derivar paciente a centro especializado

El enfoque del tratamiento dependerá del criterio, experiencia del médico y en especial de las condiciones del paciente siguiendo las directrices actualizadas en el manejo de pacientes con comorbilidades, por ejemplo: enfermedad coronaria, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular cerebral, fibrilación auricular, entre otras. Considerar derivar paciente a un centro especializado.

## Conclusiones

La prevalencia creciente de la hipertensión arterial se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.

A pesar de que la hipertensión arterial es uno de los principales motivos de consulta y existen numerosos tratamientos, un elevado porcentaje no controla sus cifras de presión arterial. Por lo que el médico de primer contacto debe conocer y manejar las actualizaciones basadas en la evidencia para diagnosticar oportunamente y ofrecer el mejor tratamiento a los pacientes, fortaleciendo acciones enfocadas en la prevención e identificación de factores de riesgo y modificación de estilos de vida no saludables.

# Agradecimientos

Agradecemos el valioso apoyo de los doctores, Lara de la Cruz Víctor Enrique, Marco Antonio Robles Rangel y Joel Luis García Macías, Médicos Especialistas en Cardiología y Académicos de la Facultad de Medicina, UNAM.



# Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: WHO, 2013.
- Williams B, Mancia G, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(2). Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.rec esp.2018.11.022>
- Campos J, et al. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública Mex 2018; 60:233-243. <https://doi.org/10.21149/8813>.
- CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social 2014.
- NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Theodore AK. Vasculopatía hipertensiva. En Kasper D, Fauci A, et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 19ª edición. EUA: McGraw-Hill; 2016. p. 1611-1625
- Guadalajara B. Cardiología. 8ª edición. México: Méndez Editores; 2018
- Ronald G. Hipertensión sistémica: mecanismos y diagnóstico. En: Zipes D, et al. Braunwald: Tratado de cardiología. 11ª edición. España: Elsevier; 2019. p. 910-26
- De la Sierra A, Fernández P. Hipertensión arterial. En: Farreras C, Rozman C. Medicina Interna. 19ª edición. España: Elsevier; 2020. p. 516-28
- Unger T, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020; 75:00-00. DOI: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026).)
- Weber M, Schffrin E, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The Journal of Clinical Hypertension 2014; 16 (1): 14-26.
- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014; DOI:10.1001/jama.2013.284427. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>
- Brown A, Williams D, et al. Cardiología Preventiva: Hipertensión. En: Cress Z, Fritz C, et al. Manual Washington de Terapéutica Médica. 36ª edición. España: Wolters Kluwer; 2020. p. 58-76
- ESC/ESH. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(10):939.e1-e87
- Kaplan N, Ronald V. Kaplan: Hipertensión Clínica. 11ª ed. España: Wolters Kluwer; 2015

# Envíanos tus trabajos

## ESPECIFICACIONES



### Resúmenes

- Título: 12 a 15 palabras.
- Resumen: Introducción, Objetivo, Métodos y Resultados y bibliografía.
- Máximo 300 palabras sin tomar en cuenta referencias ni título (Preferentemente que se usen la mayoría de las letras en resultados).
- Al menos una figura, máximo 2.
- Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver.
- De 15 a 20 referencias.

### Casos clínicos

- Título: 12 a 15 palabras.
- Máximo 1000 palabras, sin tomar en cuenta referencias ni título.
- Introducción, caso clínico y discusión.
- Consentimiento informado.
- Al menos una figura, máximo 2.
- Bibliografía no mayor a 5 años, en formato Vancouver
- De 15 a 20 referencias.

### Revisión

- Título: 12 a 15 palabras.
- Extensión mínima de 2 cuartilla máxima 4 cuartillas.(800 – 1600 palabras.)
- Cuerpo de trabajo: Introducción, metodología, desarrollo, discusión y conclusiones.
- Bibliografía actualizada en formato Vancouver.
- Al menos una figura, máximo 3.
- De 15 a 20 referencias.

### Reseña cultural

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

### Entrevistas

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

### Experiencia médico familiar (Way-Nakay )

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

**Sí tiene alguna otra propuesta contactanos**

Escribenos al correo: [ameyalieditorial@gmail.com](mailto:ameyalieditorial@gmail.com)

Los trabajos serán revisados por pares y se les hará llegar comentarios.

# Temas prioritarios

## Médicos

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

## Anecdotario

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

## Culturales

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



# Trabaja con nosotros

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

Esríbenos a:  
[ameyalieditorial@gmail.com](mailto:ameyalieditorial@gmail.com)

