



Academia de
**Médicos de
Familia** de Puerto Rico
Especialistas por Tí

69TH FAMILY MEDICINE ANNUAL CONFERENCE

INNOVATION AND HUMANISM: THE FUTURE
OF FAMILY MEDICINE IN THE DIGITAL ERA

CME 30+ IN PERSON PLUS ON DEMAND

MARCH 5-7 2026





**Marzo
2026**

MF es la revista oficial de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico. Prohibida su reproducción total o parcial sin previa autorización escrita de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico. Nos reservamos el derecho de publicar y editar los artículos recibidos. La veracidad de la información sometida es responsabilidad de sus autores y en ningún momento nos hacemos responsables por lo expresado en los artículos o anuncios publicados, ni de las fotos suministradas para los mismos. No somos responsables de las ofertas en los anuncios, siendo responsabilidad exclusiva de los anunciantes. MF es meramente informativo y en ningún momento su información debe ser utilizada para fines diagnósticos ni terapéuticos.

Junta Directiva 2026

Alejandro Berrocal, MD	Presidente
Alejandra E. Gonzáles, MD	Secretaria
Zullimary Rodriguez, MD	Tesorera
Dolly Lugo, MD	Delegada
David Cevallos, MD	Delegado
Tamara Morales, MD	Delegado Alterno
Sissi Barreto, MD	Delegado Alterno
Marina Almenas, MD	Directora
Ginnette Sánchez, MD	Directora
Alejandro Medina, MD	Directora
Dra. Genesis Vega	Rep. Residentes
Est. Frances Reyes	Rep. Estudiantes

Junta Edditora



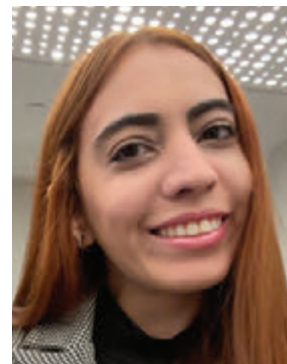
Dra. Marina Almenas



Dra. Ginnette Sánchez



Dra. Tamara Morales



Dra. Génesis Vega

Índice

Mensaje de Presidencia	3
Mensaje Comité Educación Médica Continua (CME) y Boletín.....	3
Convención #69 AMFPR dedicada al Dr. Jaime Díaz Hernández.....	4
Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico	6
Premio Labor Comunitaria - Juana Colón -	8
El Impacto de la Medicina de Familia en los Determinantes Sociales.....	9
General Dermatology Pearls	9
Ophthalmology Pearls for the Family Physician	14
Mid Term Conference in Geriatric Medicine.....	18
WONCA 2025	20
Programa Residencia de Medicina Familia Mayagüez Medical Center.	22
Programa Residencia de Medicina de Familia de Manatí Medical Center.....	24
Programa de Residencia de Medicina de Familia - UPR.....	26
Programa Residencia Medicina de Familia del Hospital Bella Vista	28
Programa de Residencia de Medicina de Familia del Centro Médico Menonita Cayey.....	29
Tu Especialidad. Tu Comunidad. Tu Academia.....	31
Actividades AMFPR.....	32
Manejo de la Perimenopausia en Medicina Primaria	36

Mensaje de Presidencia



Dr. Alejandro Berrocal
Presidente AMFPR

Ser invitado a la Presidencia entre 2024 y 2026 ha sido un honor invaluable. Esta experiencia amplió profundamente mi comprensión del rol y el alcance de la Medicina de Familia en Puerto Rico. Por eso quiero enfocar este breve mensaje en dos áreas esenciales de crecimiento para nuestra Academia y para nuestra especialidad.

Primero, necesitamos definir, con intención y consenso, qué es la Medicina de Familia en Puerto Rico. Enfrentamos una crisis de identidad, o más precisamente, una crisis en la percepción de nuestra identidad. Muchas personas —pacientes, colegas, instituciones— aún no entienden con claridad quiénes somos y cuál es nuestro rol. Y, sin embargo, sabemos que el cuidado primario es la piedra angular de todo sistema de salud robusto, y que la Medicina de Familia es la especialidad por excelencia para sostener ese pilar. Es momento de que como Academia asumamos un esfuerzo sistemático y continuo de

comunicación pública que promulgue, con claridad y evidencia, el valor de nuestra especialidad en la isla.

Segundo, debemos fortalecer la conexión entre nosotros. La comunicación interna de nuestra comunidad puede y debe evolucionar. La Academia tiene el potencial de convertirse en un verdadero centro de intercambio, coordinación e información para la Medicina de Familia en Puerto Rico. Mientras más fluidamente nos comuniquemos entre colegas, estudiantes y residentes, más sólida será nuestra identidad colectiva y nuestra red profesional.

La Academia está compuesta por cada uno de nosotros. No podemos esperar pasivamente que los mismos líderes carguen solos con la responsabilidad. Si queremos una Academia que nos represente, nos conecte y nos apoye, todos debemos aportar con intención y compromiso. Creo firmemente que el potencial que tenemos frente a nosotros es enorme. Además, estamos en una posición única para servir como puente natural entre la Medicina de Familia norteamericana y la Medicina Familiar latina

Les invito a involucrarse activamente en el desarrollo de nuestra Academia y a llevarla juntos al próximo nivel institucional.

Mensaje Comité Educación Médica Continua (CME) y Boletín



Dra. Marina Almenas
Presidenta CME

Con gran entusiasmo anunciamos la reanudación de nuestro boletín, un espacio dedicado a resaltar las múltiples iniciativas educativas y comunitarias que distinguen a la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, su Fundación, los Programas de Medicina de Familia y los Grupos de Interés en Medicina de Familia (FMIG/EMIG) de nuestras Escuelas de Medicina.

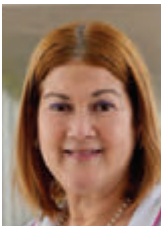
Este boletín representa mucho más que una publicación informativa; es un reflejo vivo del compromiso continuo de nuestra comunidad con la educación, el desarrollo profesional y el servicio a la población. A través de sus páginas, celebramos el esfuerzo

colectivo, la excelencia académica y la vocación que define la Medicina de Familia.

La AMFPR expresa su más sincero agradecimiento a todos sus miembros, a los Programas de Medicina de Familia, a los EMIG/FMIG y a toda la comunidad médica por ser parte fundamental de nuestra trayectoria. Extendemos un reconocimiento especial a la Junta de la AMFPR, al Comité de CME, y a quienes, con dedicación y liderazgo, contribuyeron al éxito de nuestra 69ª Convención Anual.

Cada actividad, cada proyecto y cada colaboración fortalecen nuestra misión y consolidan el impacto de la Medicina de Familia en Puerto Rico. Continuamos avanzando, unidos por la educación, el servicio y la excelencia.

Comité de Educación Médica Continua (CME)
y Boletín
Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico



Dra. Ginnette Sanchez



Dra. Tamara Morales



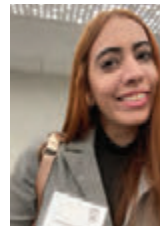
Dr. Alejandro Medina



Dra. Alejandra Gonzalez



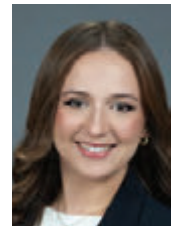
Dr. Jorge Meaux



Dra. Genesis Vega



Dr. Pedro Albelo



Frances Reyes-FMIG

Convención #69 AMFPR dedicada al Dr. Jaime Díaz Hernández

La Convención de Médicos de Familia dedica esta edición a la memoria del Dr. Jaime Díaz Hernández, Médico de Familia, líder visionario y humanista, cuyo legado ha marcado de manera profunda el desarrollo de la Medicina de Familia y la Gerencia Clínica en Puerto Rico.

Graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico en 1975, el Dr. Díaz Hernández se distinguió por una vida profesional guiada por la excelencia clínica, el compromiso con sus pacientes y una visión adelantada a su tiempo. Fue pionero en la promoción y desarrollo de la Gerencia Clínica en Puerto Rico, integrando la calidad del cuidado, la eficiencia y el liderazgo médico como elementos esenciales de un sistema de salud centrado en las personas.

Sirvió como Presidente de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico (AMFPR) durante los años 1983-1984, periodo de gran crecimiento institucional y proyección pública de la especialidad. Bajo su liderazgo, se lograron hitos que fortalecieron la estructura, la visibilidad y el impacto social de la Medicina de Familia en la Isla, entre ellos:

- La contratación del Dr. Ariel Díaz como Director Ejecutivo de la AMFPR.
- El establecimiento del Foro de Oradores, incluyendo cursos de oratoria para capacitar a médicos de familia en la comunicación efectiva de temas de salud ante agencias y entidades públicas.
- El desarrollo de programas de Mercadeo y Relaciones Públicas, con apoyo del Director de Comunicaciones de la AAFP.
- La elaboración y distribución de una Plataforma de Salud enviada a todos los partidos políticos de Puerto Rico, dirigida a fortalecer las facilidades de Medicina de Familia y transformar los Centros



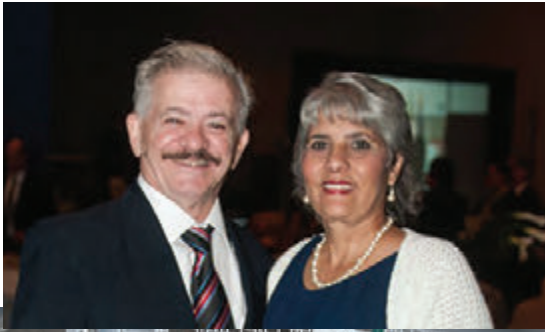
de Salud en Centros de Medicina de Familia.

- La expansión del Programa de Educación Médica Continua, llevando actividades educativas a través de toda la Isla.
- La certificación de la AMFPR como proveedor de Educación Médica Continua por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.
- La creación del Medallón del Presidente, como distintivo del liderazgo presidencial.
- La publicación de un Suplemento de la Academia en el periódico El Nuevo Día.
- La incorporación de la Academia como corporación sin fines de lucro.
- El desarrollo de Clínicas Multifásicas.
- La organización de un concurso para escuelas superiores sobre Medicina de Familia y prevención, fomentando vocaciones tempranas en salud.
- Un aumento del 33% en la matrícula de la Academia, resultado de una intensa campaña de alcance en toda la Isla.

Más allá de sus logros institucionales, el Dr. Díaz Hernández será recordado como un humanista genuino. A través de sus interpretaciones de música clásica y música puertorriqueña, promovía la comunicación, la empatía y la alegría entre pacientes, colegas y amistades, recordándonos que sanar también implica conectar con el espíritu humano.

Su legado, que se ha mantenido vivo por más de cuatro décadas, se extiende desde la fundación de la Academia de Directores Médicos de Puerto Rico en 1985 hasta cada médico de familia que hoy ejerce con compromiso, liderazgo y vocación de servicio.

Le recordaremos siempre con inmensa gratitud y profundo respeto, honrando su vida, su obra y la huella indeleble que dejó en la Medicina de Familia de Puerto Rico.



La Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico tiene como misión avanzar en los valores de la Medicina de Familia a través de actividades humanitarias, educativas y científicas, dirigidas al mejoramiento de la salud de nuestros pacientes y comunidades.

En los últimos años hemos desarrollado proyectos que promueven en nuestros médicos residentes y médicos jóvenes el liderazgo, la investigación y la labor comunitaria. Hemos otorgado Becas a Residentes y Estudiantes – FMIG durante los últimos años, de forma que aportamos a su desarrollo personal y profesional, en el 2025 se entregaron 7 becas. La Fundación entregó también una Beca como ‘Premio Especial durante el Simposio: “Dr. Carlos Disdier Rodríguez”; Reconociendo el mejor Trabajo de Medicina de Familia realizado por un residente de la especialidad. La Fundación también ayuda a entidades que aportan a nuestras comunidades. Durante el 2025 se realizó donación a la Casa Juana Colon.

Actualmente damos inicio a un nuevo proyecto que persigue una meta ambiciosa y trascendental: Convertir una o varias regiones de Puerto Rico en “Blue Zones”. Las Blue Zones son regiones del mundo donde las personas viven más tiempo y con mejor salud que el promedio. Sus habitantes disfrutan de



FUNDACIÓN ACADEMIA DE MÉDICOS DE FAMILIA DE PUERTO RICO

longevidad y bienestar gracias a: Fuertes lazos familiares, Alimentación saludable, Actividad física diaria, Vínculos comunitarios y trato respetuoso.

Como especialistas en Medicina de Familia, hemos decidido asumir este reto con un plan estructurado a corto, mediano y largo plazo, convocando a todos los Programas de Residencia en Medicina de Familia de Puerto Rico, así como a





otros profesionales e instituciones comprometidas con la salud física y mental de nuestra población.

Si desea formar parte de este innovador proyecto, le invitamos a comunicarse con nosotros y confirmar su disponibilidad.

Estamos convencidos de que este esfuerzo será transformador para nuestra población y para nuestras familias, y esperamos poder contar con su valiosa participación en este gran proyecto de salud y esperanza para Puerto Rico.

La Junta de la Fundación Academia Médicos de Familia de PR. está compuesta por: Dra. Marina Almenas, presidenta, Dra. Rebecca Rodríguez, vicepresidenta, Dra. Ginnette Sánchez, secretaria, Dra. Tamara Morales, tesorera, Dr. David Cevallos, Dra. Genesis Vega y Dr. Pedro Albelo, Vocales. Recientemente perdimos a uno de nuestros miembros de la junta, el Dr. Jaime Díaz a quien la Academia dedica este año su Convención # 69. El Dr. Jaime Díaz fue el precursor del Primer Torneo de Domino de la Fundación, actividad que tiene como finalidad conseguir fondos para continuar



ofreciendo ayuda a nuestros médicos en formación y a comunidades necesitadas. También pueden encontrar en la página de Facebook FundaciónAMF-PR/ un documento de ayuda a nuestros miembros.

Si quieres más información, si tienes ideas para compartir o quieres ayudar o aportar, escríbenos al correo electrónico: fundacionamfpr@gmail.com o a nuestro apartado postal: PO Box 260272 – San Juan, PR. 00926-2617.



MI DONATIVO

FUNDACIÓN ACADEMIA DE MÉDICOS DE FAMILIA DE PUERTO RICO

Adjunto está mi donación \$ _____. #ID Miembro: _____

Nombre: _____

Dirección postal: _____

e-mail: _____

Número de teléfono: _____

NIVELES DE RECONOCIMIENTO ANUALES

Founder's Club	\$500 o más
President's Club	\$250
Patron	\$100
Benefactor	\$75
Sponsor	\$50
Friend	\$25
Otra cantidad:	\$ _____

Métodos de pago: Tarjeta de Crédito o Cheque

Cheque # _____
Cheque a favor de: Fundación AMFPR
Enviar: PO Box 260272 San Juan, PR 00926-2617





Casa Juana Colón

21 años apoyando a nuestra comunidad

¿Quiénes somos?

Casa Juana Colón es una organización sin fines de lucro ubicada en Comerío, Puerto Rico. Por más de 20 años, hemos acompañado a mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, acecho, violencia en cita y agresión sexual, y a sus hijas(os), brindando servicios con un enfoque comunitario y de derechos humanos.



Comerío, Puerto Rico

Servicios que se ofrecen a Comerío y pueblo limítrofes

- Apoyo legal gratuito para casos civiles, administrativos y familia para personas de escasos recursos económicos.
- Apoyo en la canalización de servicios necesarios (Manejo de casos)
- Terapia psicológica individual y grupal para sobrevivientes de violencia doméstica y víctimas secundarias (hijas/os de las sobrevivientes).
- Talleres de sanación a través del arte y mentoría grupal.
- Talleres de prevención de violencia para la niñez y juventud.
- Proyectos de impacto comunitario desde una mirada de mitigación ante emergencias por desastres naturales.

Con el apoyo de la **Academia Médicos de Familia** se logró instalar un sistema de seguridad con control de acceso. Brindando así mayor protección para nuestras participantes y equipo de trabajo.

info@casajuanacolon.org

787)-875-3170 / www.casajuanacolon.com

Carr. 775 km 0.0, Bo. Piñas Abajo, Comerío

El Impacto de la Medicina de Familia en los Determinantes Sociales

Dra. María de los A. de Jesús García



En Puerto Rico, el rol del médico de familia es crucial para el futuro de la salud. Una atención primaria más fuerte y accesible permite que estos profesionales lideren la transformación hacia un sistema de salud más eficiente, actuando como primer punto de contac-

to y manejando la mayoría de las necesidades de salud de manera efectiva. Su labor es esencial en el manejo de enfermedades crónicas, la reducción de la carga hospitalaria, la respuesta a desastres naturales, la promoción de la salud pública y la innovación en modelos de cuidado como la telemedicina. Desde esta perspectiva, la medicina de familia se consolida como una pieza clave para atender los determinantes sociales de la salud y promover el bienestar sostenible de nuestras comunidades.

Desde mi práctica en la psicología clínica de la salud primaria, concibo la salud y el bienestar desde una mirada integral, biopsicosocial y espiritual, centrada en la persona. Entiendo la salud como un estado dinámico de equilibrio físico, psicológico y social, en el que la persona puede enfrentar los desafíos de la vida diaria, mantener relaciones significativas y participar activamente en su autocuidado y en sus decisiones de salud. El bienestar, por su parte, se relaciona con la percepción subjetiva de calidad de vida, el sentido de propósito y la capacidad de experimentar emociones y, aun en la adversidad, manejar la aceptación y la adaptación fortaleciendo los recursos personales y sociales.

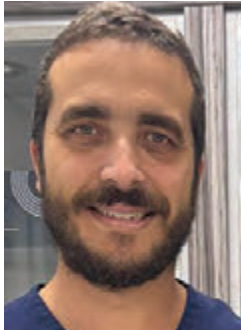
A lo largo de mi experiencia, he observado que el bienestar de los profesionales de la salud tiene un impacto directo y profundo en los pacientes y en la comunidad. Cuando el profesional se encuentra en mejores condiciones de bienestar, la

atención se vuelve más humana y empática, con mayor disponibilidad para escuchar, acompañar emocionalmente y generar confianza. Por el contrario, el agotamiento profesional compromete la seguridad del paciente, aumentando el riesgo de errores médicos y omisiones en el cuidado. El médico, como modelo de salud y autocuidado, influye significativamente en la confianza, el trabajo en equipo colaborativo y la satisfacción laboral.

Promover hábitos de salud y bienestar en los profesionales de la salud es esencial. El sueño reparador, la alimentación saludable y la actividad física regular constituyen pilares fundamentales, junto con el manejo del estrés mediante respiración consciente, mindfulness y pausas activas. A esto se suman el apoyo social, los vínculos personales y profesionales que brindan contención emocional, los espacios de autocuidado, el establecimiento de límites saludables entre la vida personal y laboral, y la supervisión o acompañamiento profesional cuando sea necesario. Sin embargo, en los entornos de salud persisten impedimentos como la sobrecarga de trabajo, el estrés laboral, el agotamiento físico y emocional, y la dificultad para priorizar el autocuidado, además del hecho de que muchos profesionales no buscan ayuda para sus propias condiciones médicas y psicológicas.

Considero que el médico de familia ocupa una posición privilegiada para identificar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la educación, el desempleo, el aislamiento, la vivienda, la violencia y el acceso a servicios. A través de la escucha activa y el reconocimiento del contexto, el médico de familia puede ir más allá del síntoma clínico y comprender cómo las condiciones de vida impactan la salud. Registrar estos factores, trabajar en equipo con otros profesionales, conectar con recursos comunitarios, educar para el autocuidado y participar en la promoción de políticas públicas más equitativas son estrategias fundamentales para mitigar estos determinantes.

General Dermatology Pearls



Oscar Nevarez, MD, FAAD
Board Certified
Dermatologist
University of Puerto Rico
Medical Science Campus



If a biopsy is not available; what should be the first step in management in a patient with the condition seen below?

- A. Ketoconazole 2% Cream
- B. Clotrimazole 1%/betamethasone dipropionate augmented cream (Lotrisone)
- C. Zinc Oxide
- D. Benadryl lotion



A patient is complaining of severe generalized pruritus. On evaluation the skin is as seen below. What should be the first step in management?

- A. Oral/IV steroids
- B. Antihistamines
- C. Changes in skin care patterns (changes in soaps, detergents, etc).
- D. Topical Steroids



Thin skin and Elastosis



Senile purpura



Xerosis



Eczema craquele



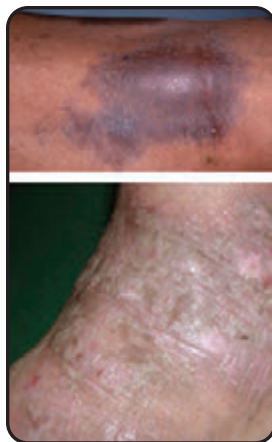
"Age" spots



Idiopathic guttate hypomelanosis

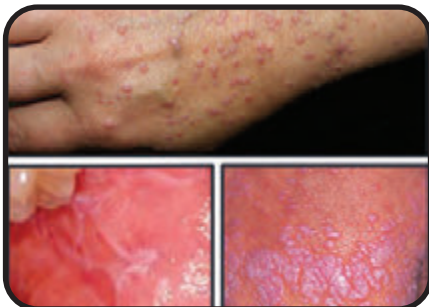


Pruritus – A Vicious Cycle



Lichen Simplex Chronicus

- Caused by a combination of xerosis and scratching.
- Chronic scratching leads to thickening of the skin; which in turn causes more pruritus; which in turn worsens the lichenification.



Lichen Planus

- Pruritic, violaceous papules with "Wickham's striae."
- Most commonly affects ankles and wrists.
- Most morbidity caused by mucosal lesions.
- Treatment for mild cases: Topical steroids
- Treatment if severe or oral: Prednisone + Methotrexate



Other signs of severe pruritus

- Prurigo
- Excoriations

Treatment Pruritus Cycle

- Xerosis is the #1 cause of pruritus and can be exacerbated by excessive bathing and soaps with fragrance.
- The best way to prevent pruritus is with proper use of fragrance-free emollients and soaps.
- When xerosis is severe; this may require applying 5-10 times daily or using ointments such as Vaseline.
- When lichenification occurs; topical steroids are appropriate to control pruritus and scratching.



Intertrigo

- Caused by a combination of fungal infection and associated dermatitis.
- Affects occluded areas with excess moisture.
- Easily confused with Candida infection and Tinea corporis.



Mimickers Candida Tinea Cruris



Post inflammatory hyperpigmentation

- Common finding post resolution of intertrigo and tinea corporis.
- Can be very marked in patients with recurrent intertrigo.
- No treatment; may resolve if recurrences controlled for months or years.

Treatment Intertrigo vs. fungal mimickers

- As with pruritus, prevention is the best treatment.
- Patients should be treated in intertriginous areas with Zinc Oxide or Talc when there is no active disease in order to keep areas dry.
- Intertrigo is treated with a combination of topical steroids and antifungal creams (Beta-methasone valerate + Ketoconazole 2% cream).
- Candida and Tinea Corporis should be treated with Ketoconazole only or PO therapy; steroids can worsen them.



Seborrheic Dermatitis

- Erythematous, scaly patches affecting eyebrows, nose, ears, and scalp
- Like intertrigo; a combination of fungal infection and dermatitis to blame.
- Treatment with a combination of ketoconazole and steroid.



Atopic Dermatitis

- Problem with barrier protection of the skin.
- Classically affects flexural areas; but may affect 100% of the body.
- Best way to treat is with prevention using soft soaps and emollients; Topical steroids for active disease.



Nummular dermatitis

- Variant of atopic dermatitis.
- Lesions typically round with an elevated border, and are highly pruritic.
- Mimics tinea corporis.
- Treatment with topical steroids.



Stasis dermatitis

- Common dermatitis associated to venous insufficiency.
- May cause xerosis and pruritus
- Treatment with topical steroids.
- Prevention: emollients/soft soaps plus measures to reduce edema and venous htn



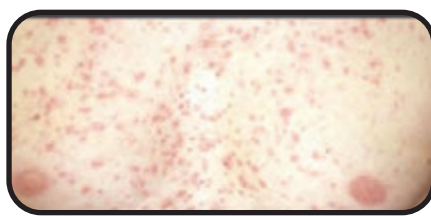
Autoeczematization dermatitis

- Generalization of a previously localized dermatitis.
- Important diagnosis to consider in patients with stasis dermatitis!
- Severe cases treated with course of prednisone 1mg/kg; otherwise topical steroids.



Drug eruptions

- One of the most common skin dermatoses.
- Morbilliform (shown here) most common; but there are many different variants.
- Challenging to identify responsible medication as eruptions can occur up to 2 weeks after drug exposure.
- Treatment is supportive.



Grover's disease

- Caused by some combination of heat, sweating, and friction.
- Common in bed-ridden patients.
- Can be confused for drug eruption of scabies by non-experienced clinicians.
- Treatment is to alleviate heat and occlusion; topical steroids for pruritus.



Other types of drug eruptions



Psoriasis

- Can mimic seborrheic dermatitis when on scalp only.
- Can affect almost any part of the body.
- Treatment for mild cases: Topical steroids (i.e. clobetasol propionate, betamethasone dipropionate).
- Treatment for severe cases: Biologic therapies



Scabies

- Extreme pruritus; worse at night.
- Lesions are non-specific and affect any part of the body from the neck down.
- Common areas include interdigital, umbilicus, axilla, and genital.



Crusted Scabies

Treatment

Scabies

Permethrin 5% cream from neck down left for 8-10 hours in patient and all close contacts; repeat in 1 week.

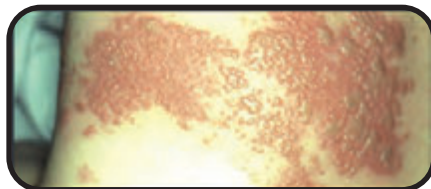
All clothing and sheets should be washed and set apart for 48-72 hours the same night of treatment. Ivermectin 200mcg/kg is second line or appropriate first line for institutions.

Crusted Scabies

Permethrin 5% cream x 7 days, then twice weekly until cured

or

Oral ivermectin (200 mcg/kg/dose) given on days 1, 2, 8, 9, and 15 (add days 22, 29 if infestation is severe).



Shingles

- Common reactivation of varicella zoster virus; usually associated to transient immunosuppression (i.e. sun exposure, illness).
- Usually dermatomal; but may be generalized in severely immunocompromised (i.e. chemo /HIV).
- Must be evaluated by ophthalmology if ocular dermatome affected.



Bullous pemphigoid

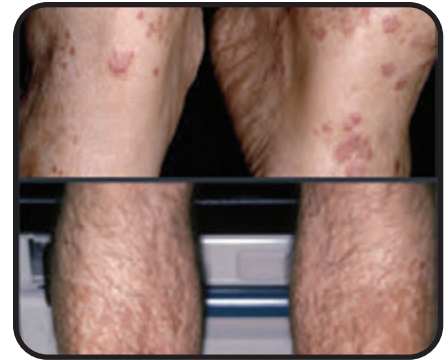
- Onset greatest in patients > 60 y/o
- Exponential increase in incidence after 60 y/o; with some estimating a 300-fold increase in risk between 60 and 90 years of age.
- Classically forms tense bullae.
- Strongly associated with PD-1 inhibitors and gliptins (DPP-4 inhibitors)



Non-bullous Phase BP



Bullous Phase BP



Treatment

Granuloma gluteale

Any medication that helps stop epidermal proliferation or breaks down excess skin:

- Urea
- Acetic acid
- Salicylic acid
- Calcipotriene
- Lachydrin

Avoid topical steroids as they have been implicated in WORSENING the condition.

Granuloma gluteale

- More common in infants and known as granuloma gluteale infantum.
- Occlusion from diapers, paper napkins, plastic pants, detergents, starch, powder, halogenated steroids, candidal infection, urine, and feces are postulated as possible etiologies.



Treatment Granuloma gluteale

Any medication that helps stop epidermal proliferation or breaks down excess skin:

- Urea
- Acetic acid
- Salicylic acid
- Calcipotriene
- Lachydrin

Avoid topical steroids as they have been implicated in worsening the condition.

Treatment Bullous pemphigoid

- Very responsive to both topical and oral steroids
- Always consider medication induced! Mild
- Topical steroids Moderate and severe
- Oral prednisone (0.5-1mg/kg)
- Doxycycline
- Dupixent (Phase III)

Treatment pearls

Topical steroids – A primer

Topical steroids should be used with discretion for inflammatory skin pathologies (not pruritus).

Different steroids have different potencies and using the wrong one can do more harm than good.

Common Topical Steroid

Clobetasol propionate (high)

Betamethasone dipropionate (high)

Triamcinolone acetonide (medium)

Mometasone furoate (medium)

Betamethasone valerate (medium)

Hydrocortisone (low)

Uses

Thicker lesions and skin. Avoid use in face!

May use in judiciously in any part of the body (including face for severe disease). Avoid skin folds as much as possible as striae formation is a risk.

For use in face or body of pediatric patients.



Daily skin care

- Showering no more than once daily is very helpful in xerosis.
- Moisturizers can be used as many times as necessary during the day.
- Lotions are less effective and required more applications.
- Ointments require less applications, but are more uncomfortable for patients.

Pruritus management

- Historically, antihistamines have been used to manage pruritus.
- Recent studies have shown that this is not an effective treatment for pruritus; only for urticaria.
- Prevention with soft soaps and emollient use is the best way to manage pruritus.
- Pramoxine and Capsaicin Lotion are the best therapies for symptoms.
- Other medications like Neurontin and Doxepin have been considered and used effectively in patients with a neuropathic component.



If a biopsy is not available; what should be the first step in management in a patient with the condition seen below?

- Ketoconazole 2% Cream
- Clotrimazole 1%/betamethasone dipropionate augmented cream (Lotrisone)
- Zinc Oxide
- Benadryl lotion



A patient is complaining of severe generalized pruritus. On evaluation the skin is as seen below. What should be the first step in management?

- Oral/IV steroids
- Antihistamines
- Changes in skin care patterns (changes in soaps, detergents, etc).
- Topical Steroids

Ophthalmology Pearls for the Family Physician



Armando L. Oliver, MD
Associate Professor and Chair
UPR Department of Ophthalmology
Ocular Immunology & Uveitis Specialist,
Vitreoretinal Surgeon

Equity Position

McKesson Corp.

Speaker Fees

Allergan
Mallinckrodt

Financial Disclosures

Concerning Chief Complaints

Pain

Sudden Vision Loss

Binocular Diplopia

New Onset of Floaters

Flashes

Scotomas

Past Medical History

Recent Surgery

Pterygium Surgery

Systemic Infections

Systemic Autoimmune Disease

Diabetes Mellitus

Inherited Diseases
(Marfan's, Ehlers-Danlos, etc.)

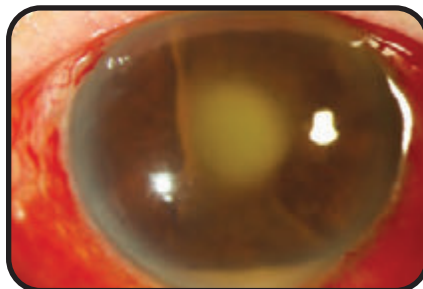
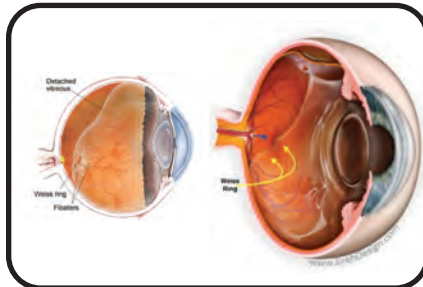
HIV

History: Post-Surgical



What is Ophthalmology?

- The branch of medicine concerned with the study and treatment of disorders and diseases of the eye.
- Medical and surgical care of the eye, adjacent adnexal and periocular area and the visual system.



Hypopyon

- Think endophthalmitis until proven otherwise!
- Rx. Intravitreal: Vancomycin, ceftazidime & Voriconazole STAT!
- If the VA is LP → Vitrectomy



Sub-specialties

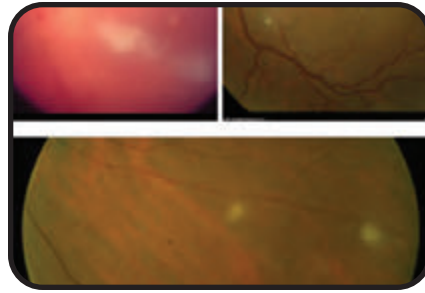
- Cornea and external disease
- Refractive Surgery
- Cataract and Anterior Segment
- Glaucoma
- Neuro-ophthalmology
- Pediatric ophthalmology
- Uveitis and Immunology
- Medical Retina
- Vitreoretinal Surgery
- Ophthalmic Oncology
- Ophthalmic Pathology



Post-Pterygium Surgery Scleritis

- History:
 - Beta-radiation ***
 - Mitomycin-C
 - May be years, decades ago!
- Organism
 - Pseudomonas ***
- Treatment:
 - Tissue culture
 - Systemic ciprofloxacin
 - Sub-conjunctival gentamycin
 - Amniotic membrane

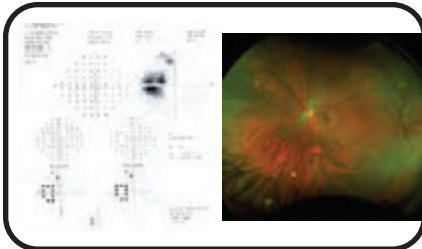
History: Systemic Infection



- Candida Progression
 - Choroiditis
 - Chorioretinitis
 - Endophthalmitis
- TPN
- Candidemia
- Tx: Beyond Choroiditis –Vitrectomy



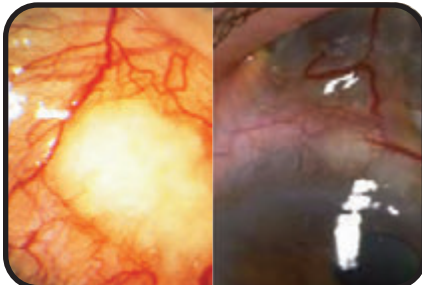
Syphilis



- Aedes, Ochlerotatus, Culex mosquitoes may serve as vector
- Culex sp. present in 97% of septic tanks in a Salinas, PR community
- Serologic evidence of WNV transmission in local birds was established in 2004 (DUPUIS et al.)

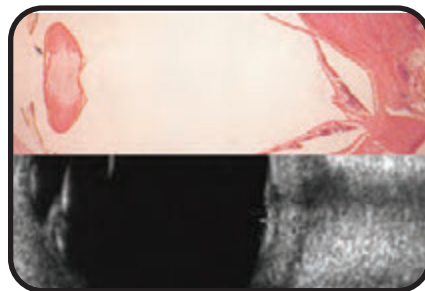
Necrotizing Scleritis

Scleral Necrosis Scleromalacia Perforans



Associated with poor survival prognosis in the "older literature" Commonly seen in rheumatoid arthritis

History: Autoimmune Disease

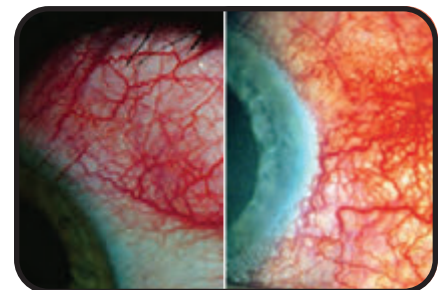


Posterior Scleritis

- Clinical Signs
- 2/3 Have Anterior Scleritis
 - 21% Serous Detachment
 - 18% Disk Edema
 - 17% No Clinical Sign
- B-Scan ultrasound
- Fluid under Tenon's Capsule (T-Sign)
 - Thickening of Ocular Coats (2mm)
 - Distended Optic Nerve Sheath
 - Serous Retinal Detachment
 - Scleral Nodules

Anterior Scleritis

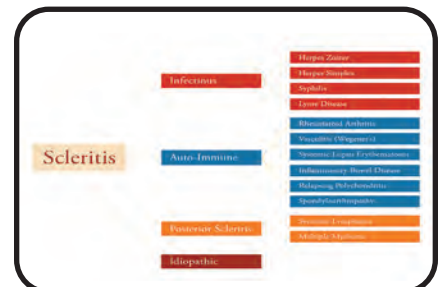
Two subtypes



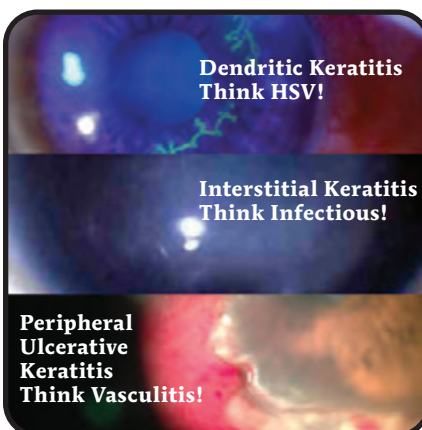
Nodular

Diffuse

Differential Diagnosis



Keratitis



History: Diabetes Mellitus

Diagnostic Tools



Direct Ophthalmoscope

- Not a valid screening instrument
- View is very limited in patients with cataracts and more so when the pupils are not dilated.

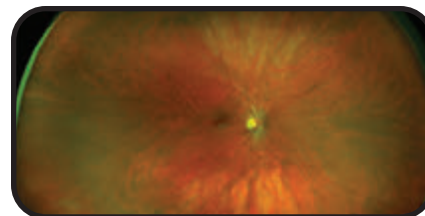


Slit-Lamp Biomicroscopy

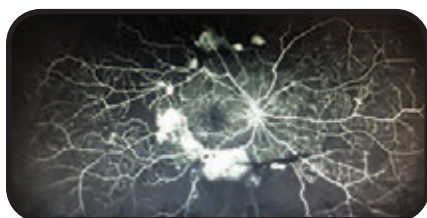
- Pupils are dilated
- Fundus lens (contact or non-contact) is held at the slit lamp Gold Standard!



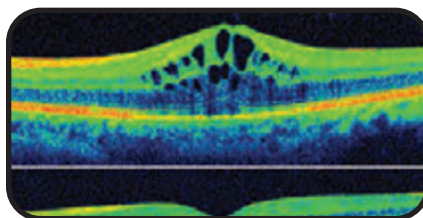
Binocular Indirect Ophthalmoscope



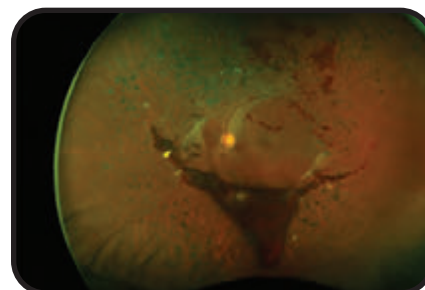
Ultra Wide-Angle Fundus Photography



Ultra Wide-Angle Fundus Angiography



Optical Coherence Tomography (OCT)



Diabetic Retinopathy Screening

Progression to High-Risk Proliferative Retinopathy

Baseline Severity	Cumulative Prevalence (%) of High-Risk Proliferative Retinopathy		
	1-year	3-year	5-year
Mild NPDR	0.8	6.7	15.5
Moderate NPDR	3.3	14.2	26.5
Severe NPDR	14.6	39.5	56.0
Very Severe NPDR	45.0	69.4	71.3
Moderate PDR	45.5	67.2	74.7

Diabetic Retinopathy Screening

- Initial Screening and Referral
- Based on recent guidelines by the AAO Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern for the recommended time of first retinal examination for patients with diabetes:
 - Type 1 DM: 1st Retinal exam 3-5 years after diagnosis
 - Type 2 DM: 1st Retinal exam at the time of diagnosis
 - Pregnancy (with type 1 or type 2): 1st Retinal exam soon after conception and early in the 1st trimester of pregnancy



Diabetic Retinopathy Treatment

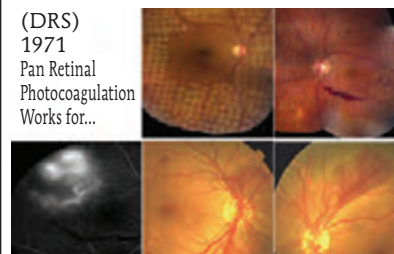
Laser Photocoagulation and Intravitreal Therapy

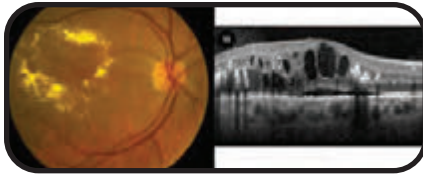
Diabetic Retinopathy Screening

Classification	Re-examination or Next Screening Schedule	Referral to Ophthalmologist
Diabetic Retinopathy (DR)		
No apparent DR, mild NPDR, and no DME	Re-examination in 1-2 yrs	Not required
Mild NPDR	6-12 mos	Not required
Moderate nonproliferative DR	3-6 mos	Required
Severe NPDR	<3 mos	Required
PDR	<1 mo	Required
Diabetic Macular Edema (DME)		
Non-center-involving DME	3 mos	Required
Center-involving DME	1 mo	Required

Diabetic Retinopathy Study

(DRS)
1971
Pan Retinal
Photocoagulation
Works for...

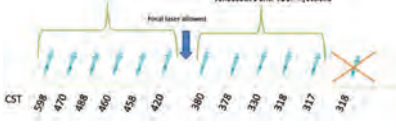




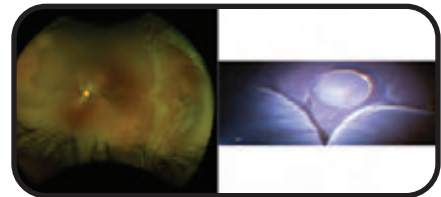
Diabetic Macular Edema

- Anti-VEGF
 - bevacizumab (Avastin®)
 - faricimab (Vabysmo®)
 - aflibercept (Eylea® & Eylea HD®)
- Intravitreal Steroids:
 - Ozurdex® - Dexamethasone Implant
 - Iluvien® - Fluocinolone Implant
- Macular Laser
 - Focal Laser Photocoagulation
 - Subthreshold Laser Therapy

Modern Anti-VEGF Protocol for Management of Diabetic Macular Edema



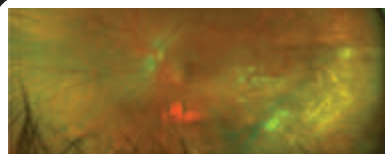
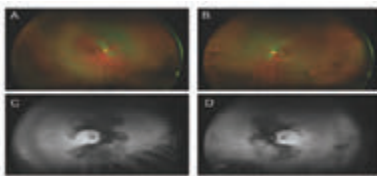
- Everyone gets 6 monthly anti-VEGF injections unless the OCT becomes normal AND they are 20/20.
- Focal laser is delayed until month number 6 unless otherwise specified
- After injection # 6, you stop injecting only if there is no change after the last 2 injections (stability is reached)



Marfan's

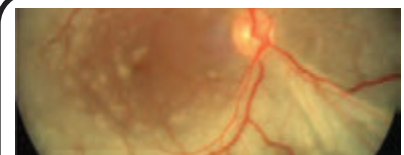
- Ectopia Lentis
- Lattice Degeneration
- Giant Retinal Tears
- Retinal Detachment

Retinitis Pigmentosa



CMV Retinititis

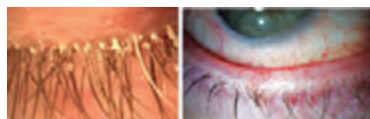
- CD4 < 50
- Debutant HIV
- Slow disease 750 microns/2 weeks



Progressive Outer Retinal Necrosis

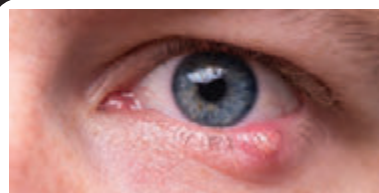
- Rapidly Progressing
- HSV or VZV Infection
- 67% of eyes are completely blind in 1 month!

Other Pearls



Blepharitis

- Common cause of eyelid discomfort
- Anterior: Seborrheic or Staff
- Posterior: Meibomian Gland Dysfunction (Rosacea)
- Eyelid Scrubs with Johnson's Baby Shampoo
- Erythromycin or Bacitracin Ointment
- Doxycycline 100mg po bid



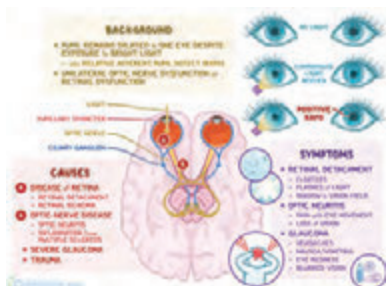
Sty "orzuelo"

- Inflammation of the meibomian glands
- Warm Compresses
- Doxycycline 100 mg po bid or azithromycin Z-Pack
- Maxitrol qid

Pupil Exam

- Anisocoria
 - Greater in Dark
 - ◇ Affected pupil won't open
 - ◇ Sympathetic Defect
 - ◇ Horner's
 - Greater in Light
 - ◇ Affected pupil will not close
 - ◇ Parasympathetic Defect
 - ◇ 3rd CN Palsy
 - ◇ Equal in light and darkness
- Physiological (1 mm or less)
- Marcus Gunn
 - ◇ Relative Afferent Pupillary Defect

Marcus Gunn (rAPD)



Visual Field

Mid Term Conference in Geriatric Medicine

Dra. Tamara Morales



El pasado sábado 18 de octubre de 2025 se celebró en Manatí Medical Center el Mid Term Conference in Geriatric Medicine: Palliative Care, un evento académico que reunió a profesionales de la salud con el propósito de fortalecer conocimientos, compartir experiencias y promover una atención

integral centrada en el paciente adulto mayor.

Desde tempranas horas de la mañana, los participantes comenzaron su registro con gran entusiasmo, evidenciando el alto interés por los temas presentados. La jornada dio inicio con palabras de bienvenida que marcaron el tono de un día dedicado al aprendizaje continuo y al compromiso con una medicina más compasiva, basada en evidencia y centrada en la dignidad del paciente.

El programa académico abordó áreas críticas del cuidado geriátrico moderno. La primera conferencia, Pain Management at the End of Life, estuvo a cargo del Dr. Jesús Marín, quien presentó los fundamentos del dolor, sus diferentes tipos, métodos de evaluación clínica y principios esenciales del manejo del dolor, incluyendo el uso apropiado de opioides.

A continuación, Gustavo E. Durand Hernández, DNP, APRN, FNP-C, CWSCN, ofreció una actualización completa sobre Pressure Injuries, revisando guías actuales de clasificación, estrategias de prevención, herramientas de evaluación de riesgo y alternativas innovadoras en tecnologías de curación, apósitos y superficies de soporte.

Luego del receso de café, el Dr. Carlos Cesteros

presentó la conferencia Palliative Care: Timeliness of a Hospice Referral, destacando la importancia de identificar el momento adecuado para referir pacientes a hospicio, los criterios de CMS, el impacto económico del último año de vida y las mejores prácticas dentro del cuidado paliativo.

La jornada continuó con una sesión altamente participativa titulada Goals of Care: Let's Talk, dirigida por la Dra. Carmen M. Nieves Rosa, quien abordó cómo iniciar conversaciones difíciles, responder empáticamente a las emociones del paciente y su familia, y guiar a las personas a definir sus metas de cuidado y designar representantes antes de que ocurra una emergencia médica.

Cada presentación fue recibida con gran aceptación por parte del público, generando intercambio de ideas, preguntas reflexivas y un ambiente colaborativo que enriqueció la experiencia educativa. Más allá del componente clínico, este Mid Term reafirmó la importancia del enfoque humanista en la geriatría: escuchar al paciente, respetar sus decisiones y acompañarlo con sensibilidad a lo largo de todas las etapas de su enfermedad. El cierre del evento incluyó la evaluación general y palabras de agradecimiento, resaltando el impacto positivo que tuvo la actividad en la práctica diaria de los participantes.

Un reconocimiento especial merece MMC por auspiciar este importante encuentro educativo. Su apoyo fue fundamental para hacer posible una jornada de alto nivel académico que fortalece la preparación de los profesionales de la salud y contribuye directamente a mejorar la calidad de atención brindada a nuestra población envejeciente.

El Mid Term de Medicina Geriátrica 2025 se consolida así como un espacio esencial de actualización, reflexión y crecimiento profesional, dejando una huella positiva en todos los que tuvieron la oportunidad de participar



TRANSFORMANDO **LOS SERVICIOS** **HOSPITALARIOS** PARA DARLE SALUD A PUERTO RICO



Desde Bayamón hasta Mayagüez los mejores profesionales de la salud y especialistas combinan tecnología de vanguardia y el calor humano que nos distingue, para proteger lo más valioso: tu salud y la de los tuyos.

Somos las manos que te cuidan.



manatimedical.com / mayaguezmedical.com / bayamonmedical.com / childrenspr.com / bayamonheartandlung.com / ctradiology.com

WONCA 2025

La Organización Mundial de Medicina de Familia celebró durante el 2025 el Congreso Mundial en Medicina de Familia en Lisboa, Portugal. Actividad durante la cual Iberoamérica destacó grandemente, ya que juramentó como presidenta la Dra. Viviana Martínez Bianchi. La Dra. Martínez es la directora del programa de medicina de familia de Duke University, la cual durante su discurso de inauguración destacó la importancia de la Medicina de Familia en los



Sistemas de Salud.

También como Member at Large, juramentó la Dra. Kim Yu, actual presidenta del capítulo de California de la AAFP. Cabe también destacar que como 5 Star World Doctor recibió el premio la Dra. Inés M. Padula de Brasil. Durante este Congreso Mundial que se celebra cada dos años, la Dra. Marina Almenas, de Puerto Rico, ha sido reconocida con el prestigioso Fellowship de WONCA. Este es el máximo reconocimiento que otorga la organización mundial a personas que han contribuido de

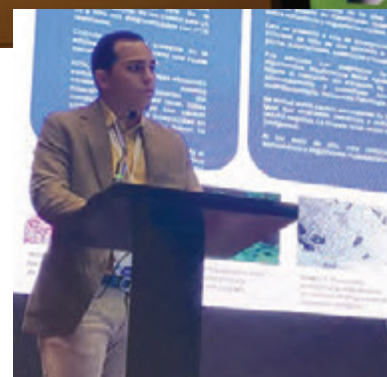




forma significativa al fortalecimiento de la medicina familia a nivel global. El liderazgo, la dedicación y el servicio de la Dra. Almenas son un motivo de celebración para toda la comunidad Iberoamericana. ¡Enhorabuena por este merecido galardón!

Puerto Rico construye su presencia a través de nuestros médicos jóvenes como el Dr. David Cevallos y de nuestros médicos residentes que comienzan su presencia a través de la presentación de los trabajos de investigación y casos clínicos como lo han hecho la Dra. Génesis Vega, Dr. Pedro Albelo y Dr. Juan Morales entre otros durante los últimos años.

Por todo esto los invitamos a participar en CIMF/WONCA e integrarse a sus grupos de trabajos. Visita: Cimfwonca.org.



PROGRAMA DE MEDICINA DE FAMILIA EN MAYAGÜEZ MEDICAL CENTER, MAYAGÜEZ, PR



TALLERES CLÍNICOS

El programa de residencia se mantiene constantemente actualizado mediante talleres y seminarios prácticos orientados al desarrollo de destrezas clínicas esenciales. Los residentes reciben entrenamiento continuo en procedimientos como manejo avanzado de la vía aérea e intubación, colocación de yesos e inmovilizaciones, técnicas de sutura y otros procedimientos ambulatorios frecuentes. Este enfoque hands-on garantiza la adquisición de competencias prácticas seguras y basadas en evidencia, fortaleciendo la confianza clínica y la preparación integral del médico de familia para distintos escenarios asistenciales.



LIFESTYLE MEDICINE



El programa incorpora un currículo de Medicina de Estilo de Vida que permite a los residentes promover activamente el bienestar tanto en sus pacientes como en ellos mismos. A través de educación en nutrición, actividad física, manejo del estrés, sueño saludable y fortalecimiento de relaciones interpersonales, se fomenta la prevención y el autocuidado como parte integral de la práctica clínica, formando médicos capaces de modelar hábitos saludables dentro y fuera de la consulta.

INVESTIGACIONES CLÍNICAS

El programa promueve activamente la investigación como pilar fundamental de la formación académica. Los residentes han presentado sus trabajos en foros de alto prestigio como Mayo Clinic y el Congreso Mundial de WONCA, además de participar en el Simposio de Investigación. Dr. Carlos Disdier Rodríguez, donde han obtenido reconocimientos por la calidad de sus proyectos. Estas experiencias fortalecen el pensamiento crítico, la medicina basada en evidencia y el desarrollo académico del médico de familia.



COMPROMISO CON LA COMUNIDAD

El programa mantiene un fuerte compromiso con la comunidad mediante la participación activa en ferias de salud, actividades educativas y proyectos solidarios como Operation Christmas Child, entre otros. A través de estas iniciativas, los residentes promueven la prevención, la educación en salud y el acceso a servicios médicos, fortaleciendo la relación médico-paciente fuera del entorno clínico y reafirmando el rol social y humanista de la Medicina de Familia.

Programa Residencia de Medicina de Familia de Manatí Medical Center

Simposio Investigación

El 6to Simposio Anual Dr. Carlos Disdier dejó una marca significativa en nuestra institución. La destacada participación de residentes, fellows, internos y estudiantes en presentaciones orales y de póster, junto con la presencia de líderes académicos y clínicos, hizo de este evento una experiencia enriquecedora. Este encuentro reafirma el valor de la investigación como motor de innovación y nos motiva a seguir avanzando juntos hacia un futuro de excelencia y compromiso con el conocimiento.



FMX 2025

Durante esta prestigiosa conferencia, nuestros residentes presentaron sus trabajos de investigación mediante pósteres científicos, compartiendo hallazgos con la comunidad médica nacional. La experiencia fortaleció nuestras competencias en investigación y comunicación científica, consolidando nuestra presencia en foros de medicina de familia de alto nivel.

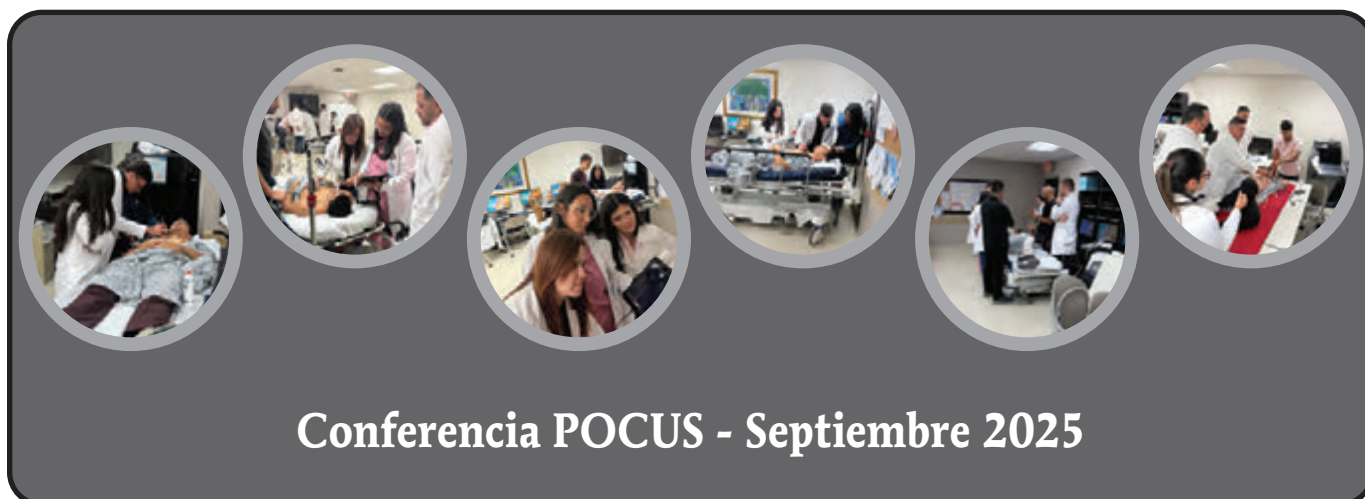
Dr. Edward Miller-PGY3
Dra. Sheila Acosta-PGY3
Dra. Patricia Figueroa-PGY3

WONCA 2025

Los días del 17 al 21 de septiembre de 2025, un grupo destacado de residentes de Medicina Familiar tuvo el honor de representar a nuestra institución en la conferencia de la Organización Mundial de Médicos de Familia, WONCA World Conference, en Lisboa, uno de los congresos internacionales más importantes en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria.

Durante el evento, los doctores Juan Morales Marcial, PGY2, Shirley Lugardo, PGY2 junto a la Dra. Marta Villarreal Morales, PhD, Directora Corporativa de Investigaciones Clínicas del Grupo Hospitalario, presentaron con éxito los avances y hallazgos de sus proyectos de investigación. Reforzando el papel y la contribución de la Medicina Familiar y recordando que el bienestar de la población es nuestra meta principal.





Programa de Residencia de Medicina de Familia - UPR

La Residencia de Medicina de Familia de la Universidad de Puerto Rico es un programa académico fundado en el 1973, comprometido con la excelencia clínica, la innovación curricular y el servicio comunitario. En años recientes, se ha fortalecido con la integración del currículo de Lifestyle Medicine, permitiendo que nuestros residentes sean elegibles para ambas certificaciones de board al finalizar la residencia. Asimismo, se robusteció la experiencia académica con la incorporación del entrenamiento en Point-of-Care Ultrasound (POCUS) y la adquisición del equipo necesario para realizar evaluaciones guiadas por ultrasonido en escenarios hospitalarios y ambulatorios. Similarmente, nuestro currículo se continua atemperando a los tiempos para considerar el cuidado a comunidades marginadas, tales como los pacientes con trastorno de uso de opioides. El componente comunitario se consolida con

iniciativas longitudinales en escuelas y comunidades de adultos mayores, integrando educación en salud, medicina de estilo de vida y alianzas con sectores públicos y privados. La Residencia de Medicina de Familia de la Universidad de Puerto Rico representa un legado de compromiso, reinversión y resistencia, reafirmando el poder transformador de la medicina primaria y su impacto en nuestro país, Puerto Rico.

Logros académicos recientes (publicaciones, presentaciones, premios)

- El programa celebró 14 años consecutivos con 100% de aprobación en el board nacional de Medicina de Familia.
- Se logró la publicación científica de un caso clínico en una revista arbitrada.
- Presentaciones lideradas por residentes sobre

casos clínicos y desarrollo comunitario en la convención de Medicina de Familia del 2025.

- Múltiples residentes fueron galardonados como recipientes de la beca de la Fundación de la Academia de Médicos de Familia.

- Participación de residentes en simposio de cuidado perinatal: Actuemos por la salud mental perinatal “Transformemos la formación y práctica en Puerto Rico”





Actividades destacadas (educativas, comunitarias, etc.)

- A nivel comunitario:
 - Alianza longitudinal con escuelas del pueblo de Trujillo Alto para ofrecer educación en salud física y socioemocional.
 - El desarrollo de dos ferias de salud en escuelas públicas impactando más de 350 estudiantes y colaborando con empresas privadas tales como MCS, CeraVe, Fideicomiso de Salud Pública y Abbott.
 - Visitas continuas a comunidades de adultos mayores enfocadas en educación en salud y acompañamiento en la vejez.
- A nivel educativo:
 - Integración de clínicas ambulatorias en medicina de adicción donde los residentes colaboran con especialistas de salud conductual y medicina de adicciones para el cuidado de los pacientes con trastorno de uso de opioides.
 - Fortalecimiento del currículo longitudinal sobre POCUS y adquisición del equipo para realizar evaluaciones guiadas por sonografía en los entornos hospitalarios y ambulatorios.



Programa Residencia Medicina de Familia del Hospital Bella Vista

Balanced Clinical Training

Our three-year ACGME-accredited program provides comprehensive clinical preparation within a structured and supportive learning environment.

Residents train through a well-designed clinical model that includes:

- Inpatient hospital medicine
- Continuity ambulatory clinic
- Community-based care
- Subspecialty rotations
- Elective opportunities

This structure prepares residents to practice independently with confidence across diverse health-care settings.

Collaborative and Supportive Environment

We foster meaningful mentorship through strong, accessible faculty-resident relationships within a close-knit learning community that supports individualized growth.

Residents are actively engaged in:

- Daily evidence-based didactics

• Active participation in hospital committees and quality initiatives

- Research projects and academic presentations

Wellness initiatives and a supportive team dynamic promote professional development while maintaining balance throughout training.

Residents' voices are heard because their contributions matter.

Training Rooted in Community

Residents train across hospital, outpatient, and community settings within a diverse bilingual patient population.

Our cohort represents physicians from diverse international backgrounds, enriching and strengthening cultural competence in everyday patient care.

Graduates pursue careers in:

- Community-based family practice
- Hospital-based practice
- Fellowship training

We prepare physicians to lead, serve, and thrive in evolving healthcare environments.



Programa de Residencia de Medicina de Familia del Centro Médico Menonita Cayey (CMMC)

Somos un programa educativo y de entrenamiento práctico comprometido con la formación de médicos de familia competentes, íntegros y humanos preparados para responder a las necesidades de salud de nuestras comunidades.

En el Sistema de Salud Menonita, asumimos el compromiso de desarrollar una residencia en Medicina de Familia de Calibre Mundial, alineada con los más altos estándares de excelencia clínica, educación médica y servicio comunitario. Nuestro enfoque es formar especialistas en atención primaria con una sólida preparación académica, destrezas clínicas amplias y un enfoque centrado en el paciente, la familia y la comunidad.

Desde nuestro inicio, hemos trabajado en la estructuración de un currículo robusto que integra experiencias en escenarios ambulatorios, hospitalarios y comunitarios, promoviendo el aprendizaje interdisciplinario, la prevención de enfermedades y el manejo integral de condiciones crónicas y agudas. Asimismo, fomentamos un ambiente académico que prioriza el bienestar del residente, el liderazgo médico y el compromiso social.

Entre los aspectos que distinguen a nuestro programa se encuentran:

- El respaldo institucional del Sistema Menonita.
- Una facultad médica comprometida con la excelencia educativa y práctica.
- Enfoque en salud comunitaria y atención integral continua.

Nos honra formar parte de esta iniciativa que visibiliza el impacto de la Medicina de Familia en Puerto Rico y fortalece los lazos entre nuestros programas de formación.



FELICIDADES EN SU ACEPTACIÓN A SUBESPECIALIDAD Y MUCHO ÉXITO EN ESTE NUEVO CAMINO



**DRA. ZULEIKA DE JESÚS
RODRÍGUEZ**
ADDICTION MEDICINE- UCC, PR



DR. JOSÉ D. DÍAZ ALBELO
ER AND WILDERNESS MEDICINE-
VIRGINIA TECH CARILION,
VIRGINIA



DRA. GÉNESIS VEGA GARCÍA
HOSPICE AND PALLIATIVE
MEDICINE- NUVANCE HEALTH, NY



DRA. MARÍA A. ARROYO VÉLEZ
GERIATRIC MEDICINE- CLEVELAND
CLINIC, FLORIDA

Tu Especialidad. Tu Comunidad. Tu Academia.

American Academy of Family Physicians (AAFP)

La membresía en la American Academy of Family Physicians (AAFP) y en la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico constituye un componente estratégico en el desarrollo profesional del médico de familia. Ambas organizaciones promueven la excelencia clínica, la educación médica continua y el fortalecimiento de la práctica basada en evidencia.

Beneficios profesionales relevantes

- Acceso a recursos clínicos y herramientas educativas basadas en evidencia
- Tarifas preferenciales en congresos, convenciones y actividades científicas
- Disponibilidad de soluciones digitales y tecnológicas para la práctica moderna
- Programas de educación médica continua y cursos especializados
- Beneficios y descuentos en productos y servicios clínicos seleccionados

Beneficios destacados

- Descuentos en recursos clínicos reconocidos internacionalmente
- Acceso preferencial a tecnologías médicas innovadoras
- Herramientas digitales diseñadas para optimizar la práctica clínica

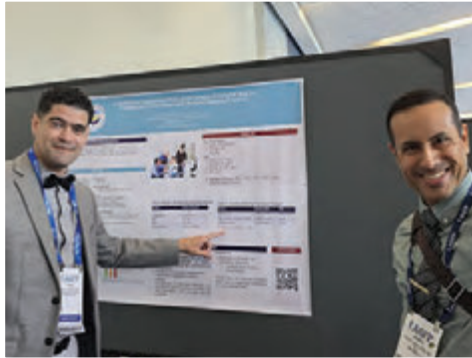


La integración activa dentro de comunidades profesionales fortalece la actualización clínica, la colaboración académica y el desarrollo continuo del médico de familia.



Actividades AMFPR 2025









Manejo de la Perimenopausia en Medicina Primaria

Heileene Torres Colberg, MD, FAAFP



La mujer promedio alcanza su menopausia natural aproximadamente a los 51 años, por lo que hay mujeres que ya a los 45 años pueden haber llegado a esta etapa. Entonces ya hoy conocemos que existe el fenómeno de la Perimenopausia que puede comenzar unos 4 a 10 años previos a la Menopausia, por lo que, a partir de los 35 años, algunas mujeres

podrían estar expresando signos asociados a esta transición. Esta fase es caracterizada por fluctuaciones hormonales progresivas, variabilidad en los ciclos menstruales y una amplia gama de síntomas vasomotores, genitourinarios y psicosociales que comprometen la calidad de vida de las pacientes. Hay cientos de síntomas en la literatura que podrían estar asociados a la perimenopausia, puesto que se han encontrado receptores de estrógeno no solo en el tracto reproductivo femenino y senos, sino que también en hueso, cerebro, hígado, colon, pies y glándulas salivares.

Durante la perimenopausia, los ovarios producen cantidades decrecientes e impredecibles de estrógeno y progesterona. Esta variabilidad hormonal puede ocasionar ciclos menstruales irregulares, con sangrado más corto, más largo, o ausente intermitentemente; sofocos, sudores nocturnos, alteraciones del sueño; síntomas genitourinarios como sequedad vaginal y dispareunia; disminución de libido; cambios de ánimo, fatiga, síntomas cognitivos leves; cambios en metabolismo, aumento en niveles de lípidos, resistencia a insulina; entre otros.

Una vez se descartan otros diagnósticos, sin necesidad de hacer niveles de estrógeno y progesterona, con un buen historial clínico, se puede concluir que la mujer está atravesando esta etapa y se puede considerar comenzar terapias de remplazo hormonal (TRH).

El enfoque común para el manejo de síntomas debe ser la individualización del tratamiento o

personalizado, considerando factores de riesgo. El historial clínico y preferencias también ayudará a escoger cuál será la vía de remplazo de estas hormonas. Como opción de base, debemos recomendar hormonas que molecularmente sean similares a las que la misma mujer produce o “bioidénticas”. El estrógeno se debe remplazar como estradiol, que está disponible en crema corporal, parcho, crema o supositorios vaginales, pastillas o pellets. La progesterona “bioidéntica” sería la micronizada que está disponible en crema, supositorios vaginales o capsulas orales. Entre los diferentes métodos que hay en el mercado, algunos no están aprobados por la FDA y otros tienen algunos riesgos.

La progesterona tiene un rol importante en la protección uterina cuando se remplaza el estrógeno, puesto que toda mujer que tenga su matriz debe utilizar la progesterona diaria en combinación con el método de estradiol seleccionado. Por otro lado, se han visto otros beneficios asociados al uso de la progesterona incluso en mujeres sin matriz, ya que también ayuda con la consolidación del sueño, cambios de humor, ansiedad, entre otros.

Existen ciertas contraindicaciones para comenzar remplazo hormonal sistémico, tales como: historial o sospecha de cáncer de seno, sospecha de cáncer uterino, sangrado vaginal sin etiología, historial de desorden de coagulación, historial de trombos o embolia pulmonar, historial de accidente cerebrovascular, presión arterial descontrolada y/o triglicéridos descontrolados.

Estos escenarios no serían contraindicados para uso de estrógeno vaginal, a menos que la mujer tenga historial de sangrado vaginal, cáncer uterino o lesiones vaginales activas. El estrógeno vaginal atiende todos los síntomas genitourinarios como lo son la sequedad vaginal, dispareunia, incontinencia urinaria, vaginosis bacteriana y/o infecciones de orina recurrentes.

Cabe recalcar que la terapia de estrógeno vaginal puede añadirse a cualquier régimen que ya contenga estrógeno para propósitos sistémicos. El estrógeno vaginal ayuda enormemente con la gran mayoría de los síntomas genitourinarios que se presentan durante esta etapa y post menopausia. Otra alternativa aprobada por las guías pudiera ser

DHEA (prasterona) en supositorio.

Algunos efectos no deseados de la TRH podrían ser sangrados uterinos anormales, retención de líquido, náuseas, dolores de cabeza, hinchazón y cambios de humor. Usualmente los síntomas pueden resolver solos, si persisten habría indicación de ajustar dosis o cambiar el método con el cual se esta remplazando.

La TRH comenzado a tiempo tiene un rol también en el cuidado preventivo. Además de combatir síntomas que afectan la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa funge para protección cardiovascular, disminuye riesgo de osteoporosis, previene ciertos cánceres, previene el síndrome genitourinario, entre otros.

Es importante recalcarles a nuestras pacientes

que adicional a la TRH, lo primordial seria apoyar el proceso combinando una dieta balanceada, ejercicios, manejo de stress, entre otros. Recordemos la importancia de individualizar las terapias, ya que las mujeres comenzarán esta etapa en diferentes edades y presentarán síntomas variados. Es un proceso que puede ser frustrante para muchas y la terapia no siempre resulta de inmediato, por lo que nos toca orientar y darle apoyo durante este proceso, haciendo ajustes de ser necesario hasta poder controlar la mayor parte de los síntomas. El tiempo de duración de la TRH lo dictara la misma mujer, con un monitoreo adecuado de síntomas, con sus pruebas de cernimiento rutinarias, manejo de otros asuntos de salud y con un estilo de vida saludable.



Individualized Treatment by Appointment



Preventive Health

Primary Care

Women's Health

Pediatric and Adolescent Health



Pap and Pelvic Tests

Menopause

Hormonal Replacement

Contraception



Men's Health

Weight Loss Management

Telemedicine Services



787-504-5005 / 787-721-5050



Heileene Torres Colberg, MD, FAFAP
Board Certified in Family Medicine



Our Location

Suchville Plaza Suite 108, Guaynabo, PR 00966



GRUPO MÉDICO SAN GERARDO

LBA MEDICAL
SERVICES

- Generalistas
- Especialista *Medicina de Familia*
- Pediatras
- Ginecólogo
- Psicólogo
- Centro de Vacunación

**Aceptamos el Plan de
Salud Vital y la mayoría
de los planes médicos
privados y medicare
advantage**



28 Calle Muñoz Rivera, Trujillo Alto
Lun - vie 7-5pm

● **787-292-1836**
787-292-2142

384 Calle San Claudio, San Juan
Lun - vie 7-7pm | Sab 8-2pm

● **787-293-2371**
● **787-293-2959**



IX Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar/Medicina Familiar y Comunitaria

X Congreso Paraguayo de Medicina Familiar

V Jornada Paraguaya de Profesores de Medicina Familiar

VI Jornada de Residentes y Médicos Jóvenes
Waynakay Mbarete Paraguay

III Jornada de Enfermería aplicada a la Medicina Familiar

*"Oñondivepa desde la Medicina Familiar
cuidando con equidad a las personas,
las comunidades y el planeta"*



22 al 25 | 20
Julio | 26

 **Asunción, Paraguay**

Más info al (0985) 270404 o spm.f.1990@gmail.com



AAFP | FMX26

NASHVILLE | OCTOBER 20-24


CAPE TOWN
WONCA 2027
26TH WONCA WORLD CONFERENCE
3-7 NOVEMBER 2027

