

REVISTA MEDICA SINERGIA

Publicación Médica Mensual

ISSN: 2215-4523

ARTICULOS



- Sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo
- Menopausia
- Enfermedad pélvica inflamatoria

SOMEA

Sociedad de Médicos de América



COMITE EDITORIAL

Dr. Esteban Sánchez Gaitán
Editor en Jefe, Universidad de Ciencias
Médicas – Costa Rica

Lic. Margarita Ampudia Matos
Facultad de Tecnología Médica, especialista
en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica.
Universidad Nacional Villareal. Hospital de
Emergencia Grau-EsSalud. Lima, Perú

Ing. Jorge Malpartida Toribio
Telefónica del Perú, especialista en
Telecomunicaciones. Universidad Nacional
Mayor de San Marcos .Lima-Peru

COMITE ASESOR

Dr. Gilberto Malpartida Toribio
Especialista en Neumología Universidad
Nacional Mayor de San Marcos – Perú

Dra. Patricia Santos Carlin
Especialista Cirugía General. Universidad San
Martin de Porras. Hospital Nacional Casimiro
Ulloa-MINSA. Lima- Perú

Dra. Anais López
Especialista Medicina Interna
Universidad Nacional Villareal
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins -
EsSalud. Lima- Perú

GERENTE ADMINISTRATIVO

Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia
Universidad de Iberoamérica
Costa Rica – San José

Departamento de publicación:
Editorial Esculapio



50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

Departamento de edición:
Entidad editora:

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

Nota: Las opiniones emitidas en artículos científicos, literarios, revisiones bibliográficas, son de responsabilidad exclusiva de sus autores. Está totalmente prohibida su reproducción de REVISTA MEDICA SINERGIA sin previa autorización

REVISTA MEDICA

SINERGIA



Publicación Mensual

Fecha de publicación: DICIEMBRE 2017
Volumen: 2 – Numero: 12
Nombre de editorial: Editorial Esculapio
Lugar de edición: 50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

AUTORES

Tinneth Monge Acuña

Médico General. Universidad internacional de las Américas. San José-Costa Rica.

Rafael Arley Hernández

Médico General. Universidad de Iberoamérica. San José-Costa Rica.

Leidy Vásquez Valerio

Médico General. Universidad internacional de las Américas. San José-Costa Rica.

Nota: Las opiniones emitidas en artículos científicos, literarios, revisiones bibliográficas, son de responsabilidad exclusiva de sus autores. Está totalmente prohibida su reproducción de REVISTA MEDICA SINERGIA sin previa autorización.

SANGRADOS VAGINALES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

(VAGINAL BLEEDING DURING THE SECOND HALF OF PREGNANCY)

* Tinneth Monge Acuña

RESUMEN

Dentro de los sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo podemos mencionar la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta previa normo inserta y vasa previa.

DESCRIPTORES

Vasa previa, desprendimiento de placenta, sangrado vaginal.

SUMMARY

Bleeding that occurs in the second half of pregnancy can often be a sign of a possible complication. Bleeding can be caused by placenta previa, placental abruption and vasa previa. The management depends on the pathology.

KEYWORDS

Vasa previa, placental abruption, vaginal bleeding.

*Médico General.
Universidad internacional
de las Américas. (UIA). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

Dentro de los sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo podemos mencionar la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta previa normo inserta y vasa previa.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa es definida como aquella que se localiza superpuesta al orificio endocervical. La placenta previa tiende a afectar a 1 de cada 200 embarazos a término. En el pasado la placenta previa fue caracterizada según la distancia que se localizaba del orificio endocervical como placenta completa, parcial y marginal, pero actualmente el uso del ultrasonido transvaginal permite la localización del

borde placentario del orificio endocervical y por consiguiente, la nomenclatura se ha modificado a fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal". En su lugar todas las placentas superpuestas al orificio endocervical se denominan placenta previa y aquellas cercanas al orificio, pero no sobre este se denomina placenta de inserción baja.

Etiología

Existe un aumento en la incidencia de la placenta previa debido al incremento de partos por cesárea en los países desarrollados. Una sola cesárea previa casi dobla el riesgo básico para el desarrollo de placenta previa. La edad materna avanzada está asociada con una incidencia del 2% de placenta previa después de los 35 años y el riesgo aumenta hasta el 5% después de los

40 años. Los abortos espontáneos e inducidos, la multiparidad y el tabaquismo también están asociados con mayores riesgos de placenta previa.

Diagnóstico

La presentación "clásica" suele ser el sangrado vaginal indoloro en el tercer trimestre, pero por supuesto, el sangrado puede estar asociado con dolor abdominal, contracciones, o ambos. Actualmente, la mayoría de las placentas previas son diagnosticadas por ecografía prenatal, en los casos de sospecha de placenta previa con ecografía transabdominal, la paciente debe someterse a ecografía transvaginal ya que presenta mayor precisión para delinear la relación entre la placenta y el orificio endocervical. El examen físico siempre como parte del diagnóstico es de suma importancia, en estos casos hay que recordar que el examen físico debe iniciar con la especuloscopia vaginal para observar la cantidad y el color del sangrado, además para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías que se pueden encontrar en el canal vaginal, como trauma, erosiones cervicales o pólipos.

Manejo

El único modo seguro y apropiado de parto para la placenta previa es por cesárea; esto no quiere decir que se deba realizar cesárea de emergencia en todos los casos de sangrado por placenta previa, sólo en los casos que el sangrado vaginal sea profuso e incontrolable, que el bienestar fetal se vea afectado. Es importante para el cirujano moverse rápidamente, pero con cuidado, porque cortar a través de la placenta a menudo se asocia con aumento de la hemorragia materna. Es apropiado

considerar el uso de corticosteroides para mejorar la madurez pulmonar en todos los casos de placenta previa que hayan tenido episodio de sangrado vaginal cuya edad gestacional sea antes de la semana 34, en casos que se realizará manejo expectante. El uso de tocolíticos en estos casos sigue siendo incierto. Tampoco está probado el beneficio del reposo en cama y el no realizar ninguna actividad física. El uso del cerclaje se propuso para estabilizar el cuello uterino y disminuir el sangrado, pero siguen las diferencias entre los resultados de los estudios, por lo que su uso tampoco está claro.

VASA PREVIA

La vasa previa es un padecimiento en el cual los vasos sanguíneos de la placenta o del cordón umbilical cruzan la entrada del canal de parto por debajo de la presentación. Los vasos anómalos son resultado de una inserción velamentosa del cordón o de una alteración placentaria. Es una patología rara y ocurre en 1 en 2.500 a 1 en 5.000 embarazos.

Los vasos umbilicales, que normalmente discurren desde la mitad de la placenta hacia el feto, lo hacen a lo largo de las membranas desprotegidas por la gelatina de Wharton, antes de que se unan en el cordón umbilical.

Etiología

La patogenia de esta inserción se desconoce, pero puede deberse a un desplazamiento de la placenta inicial de su sitio original en el corión después de haberse formado el tallo corporal. Esta afección se relaciona a menudo con una placenta de inserción baja, una variación anatómica de ésta (bilobulada o

succenturiada) o un embarazo producto de una fecundación in vitro o múltiple.
Diagnóstico

La vasa previa se puede descubrir hasta que se rompan los vasos umbilicales. Si se detecta antes del trabajo de parto, el producto tiene una mayor oportunidad de sobrevivir. Esta anomalía puede observarse a partir de las 16 semanas de gestación con el uso de una ecosonografía transvaginal en combinación con Doppler color. Debido a la relación anatómica tan cercana de estos vasos con el segmento uterino inferior, su rotura puede ocurrir en cualquier momento, más a menudo durante la amniotomía.

Manejo

El manejo óptimo de la vasa previa es controversial debido a la falta de datos de calidad. Es generalmente aceptado que el parto debe ocurrir por medio de la cesárea antes del inicio del parto o de ruptura de membranas. Se realizó un análisis de cuál era la correcta decisión de la semana para realizar el parto y se señaló que entre 34 y 35 semanas de gestación era una edad óptima sin necesidad de valorar la madurez del pulmón fetal; otros también recomiendan 35-36 semanas de Gestación. La cesárea urgente se debe destinar para los casos en los que hay sangrado vaginal por sospecha de vasa previa.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA PREMATURA NORMO INSERTA

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta

y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. Varios estudios epidemiológicos de cohorte han encontrado que el desprendimiento de placenta complica aproximadamente el 1% de los embarazos totales.

Etiología

La etiología precisa que conduce al DPPNI es desconocido en muchos casos. El resultado de la hemorragia en la placenta se da por la separación de la decidua que se da por el vasoespasmo agudo de los pequeños vasos. Dentro de los factores de riesgo relacionados con el DPPNI se mencionan la edad materna, fumado, gestaciones múltiples, hipertensión crónica, preeclampsia leve y severa, Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada siendo este el factor más relacionado junto con el uso de cocaína y otras drogas, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, corioamnionitis, deficiencia dietética o nutricional y feto masculino.

Diagnóstico

La presentación clínica son los síntomas clásicos de desprendimiento placentario: sangrado vaginal oscuro y dolor abdominal. Es importante saber sin embargo que el desprendimiento puede ocurrir con ninguno de estos signos. La cantidad del sangrado no tiene relación con el grado de desprendimiento. Al examen físico se puede encontrar un útero hipertónico y contracciones uterinas frecuentes. Además, se puede encontrar bradicardia fetal si el grado de desprendimiento es severo. Al igual que en cualquier sangrado vaginal que se presente durante el embarazo el examen vaginal debe iniciarse con la especuloscopia para hacer diagnóstico diferencial con otras etiologías como placenta previa. La ecografía es útil para

identificar un hematoma retroplacentario y para excluir otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor abdominal. La identificación de un hematoma retroplacentario es el hallazgo ecográfico clásico del desprendimiento placentario y apoya firmemente el diagnóstico clínico, pero está ausente en muchas otras pacientes. La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del DPPNI es baja, oscilando entre el 25-50%, por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI.

Manejo

Su manejo dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y del feto. Siempre hay que tener presente que cualquier paciente, incluso con un sangrado leve procedente de un desprendimiento que está en riesgo de tener un desprendimiento grave repentino. Se recomienda finalizar el embarazo a

cualquier edad gestacional complicada por un desprendimiento grave, que puede definirse como un desprendimiento de placenta con inestabilidad materna (coagulopatía significativa, hipotensión y/o importante pérdida sanguínea incontrolable) o cuando el trazado de la FCF sea desalentador. El parto vaginal es razonable cuando la madre está estable y el registro cardiotocográfico es tranquilizador. Si la paciente no se encuentra en trabajo de parto activo podemos recurrir a la amniotomía y a la administración de oxitocina para acelerar el parto. En los casos no graves, pero con edad gestacional mayor a 34 semanas se recomienda finalizar el embarazo. Si la edad gestacional es menor de 34 semanas y el desprendimiento es leve y la madre está estable, con bienestar fetal tranquilizador se recomienda la maduración fetal y se puede usar la tocolísis.

BIBLIOGRAFIA

1. Silver, R. (2015). Abnormal Placentation. *Obstetrics & Gynecology*, 126(3), pp.654- 668.
2. Oyelese, Y. and Smulian, J. (2006). Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3, Part 1), p.694.
3. Rao, K., Belogolovkin, V., Yankowitz, J. and Spinnato, J. (2012). Abnormal Placentation. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(8), pp.503-519.
4. Oyelese, Y. and Smulian, J. (2006). Placenta Previa, Placenta Accreta, and Vasa Previa. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3, Part 1), p.694.
5. Ananth, C., Lavery, J., Vintzileos, A., Skupski, D., Varner, M., Saade, G., Biggio, J., Williams, M., Wapner, R. and Wright, J. (2016). Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(2), pp.272.e1-272.e9.
5. ZAPARDIEL, D., DE LA FUENTE, D. and BAJO ARENAS, P. (2008). GUÍA PRÁCTICA DE URGENCIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 1st ed. Madrid (Sociedad española de ginecología y obstetricia): NABE EDITORES, pp.26-29.

Recepción: 02 Noviembre de 2017

Aprobación: 10 Noviembre de 2017

MENOPAUSIA

(MENOPAUSE)

* Rafael Arley Hernández

RESUMEN

La menopausia es el punto en la vida de una mujer cuando no ha tenido su período de 1 año, debido a la pérdida de la función ovárica normal.

Los cambios y los síntomas pueden comenzar varios años antes.

La menopausia generalmente ocurre entre los 50 y 51 años de edad.

Siempre que la función del ovario sea suficiente para mantener el sangrado uterino, no se requerirá tratamiento.

DESCRIPTORES

Menopausia, ovario, perimenopausia, sangrado, vulvovaginal, eje hipotálamo – hipófisis – ovario.

SUMMARY

Menopause is the point in a woman's life when she has not had her period for 1 year, due to loss of normal ovarian function.

Changes and symptoms may begin several years earlier.

Menopause typically occurs between 50 and 51 years of age.

As long as the ovarian's function are sufficient to maintain uterine bleeding, treatment will be not required.

KEYWORDS

Menopause, ovary, perimenopause, bleeding, vulvovaginal, hypothalamic axis - pituitary gland - ovary.

*Médico General.
Universidad de
Iberoamérica (UNIBE). San
José- Costa Rica.

DEFINICIONES

Menopausia: fecha de última menstruación después de un año completo de amenorrea, debido a la inactividad de la función ovárica. Se establece retrospectivamente, después de que se haya cumplido el año en donde la paciente no sangró. En promedio ocurre a los 50 – 51 años de edad.

Transición menopáusica: periodo endocrinológico progresivo que lleva a la mujer de la menstruación regular, cíclica y predecible característica de los ciclos ovulatorios; a la última menstruación. □

Perimenopausia: periodo en el que transcurren los últimos años de vida fértil. Comienza con ciclos menstruales irregulares, y se extiende hasta un año después de que se interrumpa de manera permanente la menstruación. Tiene una duración de 4-7 años, y la edad promedio de inicio es a los 47 años

Postmenopausia: años posteriores a la menopausia. Temprana: primeros 5 años. Tardía: 5 años posteriores a la menopausia

Insuficiencia ovárica prematura: interrupción de la menstruación antes de los

40 años de edad.

Menopausia artificial: cese permanente de la función ovárica a través de medios quirúrgicos.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Cambios en el eje hipotálamo – hipófisis – ovario: La insuficiencia ovárica produce cese en la liberación de esteroides ováricos, se deja de producir Inhibina, y aumenta la FSH y LH circulante hasta 4 veces más que en la vida fértil. La principal fuente de progesterona es el cuerpo lúteo, por lo que debido a la anovulación, las concentraciones de progesterona permanecen bajas.

Cambios en el ovario: Hay una división más rápida de los folículos ováricos que continúa hasta el punto en que el ovario menopáusico carece de folículos. El evento principal que provoca la pérdida final de actividad ovárica y menopausia es la atresia del grupo no dominante de folículos.

Cambios en el endometrio: La anovulación produce que el endometrio este expuesto a estrógenos sin de oposición de progesterona; esto produce cambios proliferativos desordenados y menstruaciones irregulares. Después de la menopausia el endometrio se atrofia por falta de estimulación estrogénica.

Cardiovascular: Después de la menopausia se duplica el riesgo coronario, ya que la disminución estrogénica produce disminución en las concentraciones de LDL, y produce que se pierda su efecto favorable sobre los lípidos, por lo que el colesterol total aumenta.

Aumento de peso y distribución de grasa: Por disminución del metabolismo.

SÍNTOMAS

Cambios dermatológicos: Por envejecimiento de la piel, disminución de la producción de colágeno, de las glándulas sebáceas, menor irrigación, y pérdida de elasticidad.

Cambios dentales: Atrofia del epitelio bucal por ausencia de estrógenos. Provoca reducción de la saliva, mal sabor de boca, mayor frecuencia de caries y pérdidas dentales.

Cambios mamarios: Reducción relativa de la proliferación mamaria por disminución de estrógenos y progesterona.

Cambios en el SNC: Sueño deficiente y disfunción cognitiva, lo que produce irritabilidad, bochornos, labilidad emocional y problemas de memoria.

Cambios psicosociales: Depresión, cambios emocionales, poca concentración y alteraciones de la memoria. Las fluctuaciones hormonales en la transición menopáusica son causa de labilidad afectiva.

Síntomas vasomotores: molestias más comunes de la mujer durante la transición menopáusica. La mayoría de las mujeres percibe una onda repentina de calor que se extiende por todo el cuerpo, en especial en la parte superior y la cara, que dura 5-10 minutos. Se desconoce su fisiopatología.

Síntomas urogenitales: la disminución estrogénica produce atrofia genitourinaria que genera síntomas como disuria, urgencia, infecciones urinarias recurrentes. El acortamiento uretral secundario a los cambios atróficos genera incontinencia urinaria de esfuerzo, además hay aumento de prolapsos del piso pélvico.

Dispareunia y disfunción sexual: presente en un 25% de las mujeres postmenopáusicas. Se relaciona con sequedad vaginal y atrofia de la mucosa por falta de las hormonas ováricas.

Cambios en la libido: no se ha asociado directamente a la deficiencia estrogénica; pero los cambios del aparato reproductor disminuyen el deseo sexual.

Metabolismo óseo y cambios estructurales: Pérdida de la masa ósea debido a deficiencia estrogénica y envejecimiento, lo que predispone a fracturas. Se debe medir la densidad mineral ósea en toda mujer postmenopáusica mayor de 50 años con algún factor de riesgo de osteoporosis, o en cualquier mayor de 65 años.

VALORACION Y DIAGNOSTICO

Interrogatorio completo: se deben buscar factores de riesgo como obesidad, osteoporosis, cardiopatía, diabetes mellitus, cáncer, entre otros.

Educación: educar a la paciente sobre el proceso fisiológico que está experimentando, y dar recomendaciones sobre buena alimentación, ejercicio, moderar la ingesta de alcohol, y cese de fumar.

Exploración física completa

- **Datos generales:** Peso, IMC, circunferencia abdominal, talla anual (si disminuye puede haber osteoporosis o fracturas de columna vertebral por compresión) presión arterial.
- **Bienestar Psicosocial:** buscar depresión, ansiedad, funcionamiento sexual.

- **Datos dermatológicos:** adelgazamiento de piel, aparición de arrugas, lesiones cutáneas.
- **Mamas:** buscar secreción del pezón, cambios en piel, eversión del pezón, tumoraciones.
- **Exploración pélvica:** exploración de vulva y vagina en busca de atrofia, áreas de hipersensibilidad, prolapso, entre otros.

Exámenes de gabinete

- **Gonadotropinas:** FSH mayor a 40 mIU/dl y LH mayor a 35 mIU/dl determinan insuficiencia ovárica.
- **Estradiol:** concentraciones de estradiol menores a 20pg/dl determinan menopausia. Se pueden utilizar para valorar la respuesta al tratamiento (buscar valores de 50-100 pg/ml).
- **Progesterona:** 0,17 ng/ml. Sin utilidad clínica.
- **Testosterona:** 0,25 ng/ml.
- **Otros:** TSH, glicemia, perfil lipídico, hemograma, EGO, guayaco, US pélvico transvaginal, Mamografía anual después de los 40 años, Papanicolau.

TRATAMIENTO

Mientras la función del ovario sea suficiente para mantener el sangrado uterino no se requerirá tratamiento. El tratamiento con dosis bajas de anticonceptivos, sino existen contraindicaciones, servirá para aliviar esos síntomas y ayudar a regular los ciclos menstruales durante la transición menopáusica. El tratamiento con estrógenos solo ha probado ser efectivo en la prevención de la osteoporosis, síntomas vasomotores y de la atrofia vulvovaginal; por lo tanto, esas son las únicas indicaciones aprobadas por la FDA.

Contraindicaciones

- Sangrado vaginal anormal sin diagnóstico
- Conocimiento previo o antecedente de cáncer de mama
- Trombosis venosa profunda activa, embolia pulmonar o antecedentes de estas patologías
- IAM o AVC
- Hepatopatía crónica

Tratamiento de estrógenos

Tratamiento de síntomas vasomotores: se utilizan solo si los síntomas son moderados o severos, durante periodos de tiempo cortos:

- 0.3 a 0.625 mg de estrógenos equinos conjugados
- 0.025 mg de estradiol transdérmico
- 0.5mg de estradiol VO

Tratamiento de Vaginitis atrófica: se prefiere tratamiento tópico sobre el sistémico

- Cremas: estrógenos equinos conjugados o estradiol 0.25 a 2g cada noche durante 2 semanas y luego 2 veces por semana
- Tabletas: 25 µg de estradiol por la noche durante 2 semanas, luego 2 veces por semana

- Anillos libradores de estradiol que permanecen en su sitio por 3 meses en cada ocasión

Tratamiento combinado de estrógenos y progesterona

Forma más usada de terapia de reemplazo hormonal, ya que la progestina se opone a la acción del estrógeno y reducen la hiperplasia endometrial y el riesgo de neoplasia.

- Acetato de medroxiprogesterona: 5 a 10 mg/día durante 12 a 14 días cada mes (90% presentan sangrado por lo que se puede reducir la dosis a 2.5 mg continuo)

Tratamiento de osteoporosis

Todas las mujeres en riesgo o en quienes se ha diagnosticado osteoporosis, se recomienda de que consuman un mínimo de 1200mg de calcio elemental por día, y vitamina D 400-800 unidades por día.

Se debe promover la suspensión del fumado, evitar el exceso de alcohol y hacer ejercicio regular con carga para el esqueleto. El tratamiento farmacológico se debe considerar en mujeres con índices de DMO por debajo de -2.0 sin factores de riesgo, y -1.5 con factores de riesgo según el T-Score.

BIBLIOGRAFIA

1. DeCherney, H., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos (11a edición). México: McGraw Hill.
2. Fritz, M., & Speroff, L. (2012). Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad (8ª edición). España: Lippincot: Williams and Williams.
3. Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K., & Cunningham, G. (2009). Williams: Ginecología. Mexico DF: McGrawHill.

Recepción: 1 Noviembre de 2017

Aprobación: 10 Noviembre de 2017

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

(PELVIC INFLAMMATORY DISEASE)

* Leidy Vásquez Valerio

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección de los órganos del sistema reproductivo de la mujer. Se puede reducir con el tratamiento temprano de la cervicitis y las infecciones del tracto genital inferior. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) están asociadas con la EPI, pero los microorganismos anaeróbicos vaginales también pueden ser causa de enfermedad, por lo tanto, se debe considerar la cobertura antibiótica para estos patógenos en mujeres con síntomas graves o abscesos pélvicos.

DESCRIPTORES

Enfermedad de transmisión sexual, Chlamydia trachomatis, endocérvix.

SUMMARY

Pelvic Inflammatory Disease (PID) is an infection of the organs of a women's reproductive system. It can be reduced with early treatment of cervicitis and lower genital tract infections.

Sexually transmitted diseases (STDs) are associated with PID, but vaginal anaerobic microorganisms may also be disease cause, therefore, antibiotic coverage for these pathogens should be considered for women with severe symptoms or pelvic abscesses.

KEYWORDS

Sexually transmitted disease, Chlamydia trachomatis, endocervix

*Médico General.
Universidad internacional de
las Américas. (UIA). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) se asocia con una significativa morbilidad reproductiva, puede ser reducida con un adecuado tratamiento temprano de la cervicitis y de las infecciones del tracto genital inferior. Para el diagnóstico, el personal de salud debe mantener un alto índice de sospecha cuando es una mujer en edad reproductiva que se queja de dolor abdominal y pélvico, las infecciones de transmisión sexual (ETS) se asocian comúnmente con EPI, pero

microorganismos anaerobios vaginales también puede ser la causa, por lo tanto, la cobertura con antibióticos para estos patógenos debe ser considerada para las mujeres con síntomas severos o abscesos pélvicos.

DEFINICION

La EPI se caracteriza por infección e inflamación del tracto genital superior. Mientras que el diagnóstico de EPI puede realizarse mediante la visualización laparoscópica de las trompas de falopio inflamadas y purulentas, hay que recordar

que la EPI es generalmente un diagnóstico clínico y por lo tanto representa un reto diagnóstico. Esta puede causar secuelas significativas para la salud reproductiva de las mujeres, por ejemplo: endometritis, peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y salpingitis; por lo tanto, el diagnóstico y los algoritmos de tratamiento aconsejan un alto índice de sospecha de EPI en cualquier edad reproductiva.

EPIDEMIOLOGIA

En los Estados Unidos en el 2000, se estimó que había 1,2 millones de visitas médicas por EPI, número que ha estado disminuyendo desde 1985. Esta disminución se atribuye en parte a la adopción generalizada de la detección de *Chlamydia trachomatis*, cuyo objetivo es identificar y tratar casos asintomáticos de cervicitis antes de que puedan progresar a EPI. Los factores de riesgo para EPI son: múltiples parejas sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales, tabaquismo y consumo de drogas ilícitas.

PATOGENESIA

Es una infección polimicrobiana ascendente que conduce a la inflamación del tracto genital superior que resulta de microorganismos que colonizan el endocervix y ascienden al endometrio, trompas de falopio que además puede afectar a los órganos pélvicos vecinos. Posteriormente, los neutrófilos son reclutados abundantemente en los sitios infectados por ende, las manifestaciones de la enfermedad aparecen.

Hasta el 75% de los casos ocurren durante la fase folicular del ciclo menstrual. De manera similar, un ambiente alto en estrógenos, junto con la presencia de la ectopia cervical encontrada en la

adolescencia facilita la unión de *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, que pueden contribuir a las tasas más altas de EPI entre las mujeres jóvenes.

ETIOLOGIA

En los inicios de la EPI, la gonorrea fue el patógeno que más se aisló, y es el que tiene más probabilidades de causar síntomas graves. Sin embargo, a medida que la prevalencia de gonorrea disminuye, su importancia como agente causal para EPI ha disminuido. La *Chlamydia trachomatis* sigue siendo detectado hasta en el 60% de las mujeres con salpingitis confirmada o endometritis.

La proporción de casos de EPI que involucran etiología no gonocócica, no clamidiana, varía entre 9-23% en mujeres con salpingitis confirmada o endometritis.

FISIOPATOLOGIA

Se cree que los microorganismos implicados en la EPI se propagan de tres maneras :

- **Intraabdominal:** viajando desde el cuello uterino hasta el endometrio, pasando por la trompa y hacia la cavidad peritoneal.
- **Sistemas linfáticos:** como la infección del parametrio por un dispositivo intrauterino (DIU).
- **Rutas hematógenas:** como la tuberculosis, aunque esto es raro.

DIAGNOSTICO

Se basa principalmente en la evaluación clínica. Lo más importante es que los médicos deben considerar la EPI en el diagnóstico diferencial en mujeres de 15 a 44 años de edad que presentan 1 o más de

los siguientes: sensibilidad al movilizar el cérvix, sensibilidad a la palpación uterina y/o de anexos, incluso si estos síntomas son leves. Sin embargo, no hay ningún síntoma, hallazgo físico o prueba de laboratorio que sea lo suficientemente sensible o específico como para diagnosticar definitivamente. El diagnóstico clínico solo es 87% sensible y 50% específico. Cuando se compara con la laparoscopia, el diagnóstico clínico de EPI en pacientes sintomáticos tiene un valor predictivo positivo de 65% a 90%.

Los siguientes criterios pueden mejorar la especificidad del diagnóstico:

- Temperatura > 38,3 ° C.
- Secreción mucopurulenta cervical o vaginal.
- Presencia de un número abundante de glóbulos blancos en la microscopía salina de líquido vaginal.
- Velocidad de eritrosedimentación y PCR elevada.
- Documentación por laboratorio de infección cervical con Gonorrea o Clamidia.

Criterios sugeridos para la hospitalización:

- Incapacidad para tolerar un régimen de medicación oral.
- No hay respuesta clínica a la terapia oral.
- El embarazo, enfermedad grave, náuseas y vómitos, o fiebre alta.
- Las emergencias quirúrgicas (por ejemplo, apendicitis) no pueden ser excluidas absceso Tubo-ovario.

Componentes claves del examen físico incluyen:

1. Examen abdominal, incluyendo

palpación del cuadrante superior derecho.

2. Examen con especuloscopia vaginal, incluyendo la inspección del cuello uterino para detectar friabilidad y flujo cervical mucopurulento.
3. Examen bimanual, que evalúa el dolor cervical, la sensibilidad uterina o anexial, así como las masas pélvicas.
4. Evaluación microscópica de una muestra de flujo cervicovaginal.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser empírico porque raramente se conoce o se confirma el diagnóstico en un tiempo determinado.

La primera opción para el tratamiento oral incluye una dosis intramuscular de 250 mg de ceftriaxona más 100 mg de doxiciclina por vía oral (VO) dos veces al día (BID) durante 14 días y la primera opción para mujeres hospitalizadas incluye cefotetán 2 g IV cada 12 horas y doxiciclina 100 mg VO BID cada 12 horas, seguido por doxiciclina 100 mg VO BID para un total de 14 días.

El seguimiento es importante para asegurar que el paciente está respondiendo al tratamiento ambulatorio. Los síntomas clínicos deben mejorar dentro de las 72 horas, y si no, se recomienda una evaluación más detallada. Las parejas masculinas de mujeres con EPI deben ser evaluadas y tratados si han tenido contacto sexual dentro de los 60 días posteriores al diagnóstico. Para disminuir la probabilidad de recurrencia, las mujeres y sus parejas debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya completado el curso del tratamiento. Las mujeres con EPI deben ser aconsejadas sobre la prevención de ETS porque hay un alto riesgo de reinfección, incluso cuando los han tratado. Es importante repetir las pruebas para las

mujeres con Clamidia o gonorrea, se sugiere de tres a seis meses después del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Caroline Mitchell, Malavika Prabhu. (2013). Pelvic Inflammatory Disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. © Elsevier Inc., 1-3.
2. Margaret Gradison, M. (15 de Abril de 2012). Pelvic Inflammatory Disease. American Academy of Family Physicians., 791. Obtenido de American Family Physician: www.aafp.org/afp.
3. Shun-Fa Yang, Tzu-Fan Wua, Hsiu-Ting Tsai, Long-Yau Lin, Po-HuiWang. (2014). New markers in pelvic inflammatory disease. Elsevier, 119.
4. Wiesenfeld., Catherine A. Chappell & Harold C. (Diciembre de 2012). Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Severe Pelvic Inflammatory Disease and Tuboovarian Abscess. Clinical obstetrics and gynecology, 894. Obtenido de Clinical obstetrics and gynecology: www.clinicalobgyn.com

Recepción: 2 Noviembre de 2017

Aprobación: 10 Noviembre de 2017

INSTRUCCIONES PARA PUBLICAR

La Revista Médica Sinergia, es una revista científica costarricense, con arbitraje, de periodicidad mensual. La cual nació para ser una puerta abierta a todas las personas involucradas en el área biocientífico con el fin de difundir sus manuscritos, ya sean trabajos originales, investigación, comunicación científica, reporte de casos, revisión bibliográfica. Las publicaciones deben cumplir con las normas y parámetros requeridos por el comité editorial.

Todos los trabajos deben ser de alto interés para la comunidad médica y para el área de la salud en general.

Las publicaciones serán presentadas bajo la estructura del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuya información se puede encontrar www.icmje.org. Las publicaciones que no mantengan esta estructura serán devueltas.

Instrucciones Generales

Página de título

Título: Debe de ser conciso, específico y sin abreviaturas, debe de ser redactado en español e inglés.

Autores: Debe de consignarse el nombre completo del autor(es), debe de estar alineado a la derecha.

Nombre de departamento o institución: Lugar donde el autor perteneció durante la elaboración del trabajo.

Descriptor: La publicación debe tener entre 3 a 5 palabras claves en español e inglés.

Título corto: La publicación pobra tener un título corto con un máximo de 50 caracteres.

Enumerar las páginas, cuadros y figuras.

Fuentes de ayuda: Persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.

Declaración de potenciales conflictos de interés: Los autores deben de llenar el formulario "ICMJE Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest" disponible en www.icmje.org.

Tipos de Publicaciones

I. Presentación de los artículos originales y de revisión

El autor en caso de ser necesario, deberá presentar todas las fuentes de información originales.

La publicación debe ir estructurada de la siguiente manera:

1. **Resumen:** 250 palabras máximo, con una descripción del trabajo, material, métodos utilización, resultados principales y conclusiones relevantes.
2. **Introducción:** Es el texto donde se plantan las hipótesis, y se contesta las preguntas como y porque de la publicación. Sin olvidar la mención del objetivo principal y secundario.
3. **Métodos:** Se mencionan los materiales utilizados, criterios de inclusión y exclusión, composición y característica de muestras estudiadas.
4. **Resultados:** los resultados deben de seguir una secuencia lógica y concordante, en el texto, cuadros, figuras y tablas.
5. **Discusión:** es un análisis de datos obtenidos de la investigación. Se expondrá si los resultados solventan las conclusiones. No se repite información mencionada en introducción ni resultados. Además, se valora si se cumplieron con los objetivos primarios y secundarios.
6. **Agradecimientos:** menciona persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.
7. **Referencia:** Insertadas consecutivamente con números arábigos en el cuerpo del texto y citadas con toda la información pertinente en el área de referencia. Se recomienda el sistema de revistas

médicas "www.icmje.org" o el formato APA. Una referencia bibliográfica que tiene menos de 6 autores, se mencionan a todos separados por una "coma". Si la referencia bibliográfica tiene más de seis autores se menciona hasta el sexto autor y se agrega "et al".

Ejemplos:

Revista:

Morales – Martínez F. ¿Que es la geriatría? Revista Gerontológica en Acción. Año1. No.1 marzo. Costa Rica, 1987: 31-36.

Libro:

Sánchez E. Guía Médica de San José. 1era. Ed. San José: Editorial Esculapio, 2016.

Capítulo de libro:

Sánchez E. Guía Medica el Tumi. En: Margarita Malpartida ed. Hipertensión Arterial. Lima. 2012: 8 – 16.

Cita electrónica:

Rojas A, Rosario, & Quezada L, Arnoldo. (2013). Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. Revista chilena de pediatría, 84(4), 438-450. Recuperado en 09 de junio de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000400012&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062013000400012.

8. **Cuadros, figuras y tablas:** Tienen que ser explicativos, deben tener título y numeración consecutiva correspondiente. Deben de ser originales, en caso de ser de otra fuente, se debe adjuntar una carta por el autor o editorial autorizando su utilización para la publicación.

II. Revisiones

Las revisiones serán valorares por nuestro comité editorial, entidad editora (Sociedad de Médicos de América) y dos pares externos. Los artículos deben de ser interés medico científico. Máximo 4 paginas.

III. Opiniones

Informan temas de la actualidad en los avances científicos de la medicina. Máximo 2 paginas.

IV. Reporte de casos

La publicación debe estar estructurada de la siguiente forma:

1. Título
2. Resumen: máximo 250 palabras. En español e inglés.
3. Introducción: se debe contestar las preguntas: ¿porque se publica?, ¿que se publica? Mencionar objetivos primarios y secundarios.
4. Presentación del caso: se debe realizar una presentación cronológica de la enfermedad y de la evolución del paciente. Con posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
5. Discusión: es un análisis de datos obtenidos de la investigación. Se expondrá si los resultados solventan las conclusiones. No se repite información mencionada en introducción ni resultados.

Máximo 5 paginas.

Presentación del manuscrito

La publicación será estructurada de la siguiente manera: página de título, resumen (español – inglés), introducción, cuerpo de la publicación, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas.

Todos los trabajos deben de ser enviados en formato digital en Word para Windows®, en una columna, los títulos con letra Arial #14 - negrita, el contenido en Arial #11, con espacio 1,5. Con numeración de la página. Página tamaño carta. Los cuadros deben de ser realizadas en Word con letras Arial#11 y contener su título respectivo en Arial #11

Las figuras o dibujos deben de ir con su respectivo título en Arial #11.

Además se deberá presentar los siguientes documentos adjuntos:

1. Información de contacto.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación” declaro información de contacto: nombre completo, número de identificación, teléfono, correo electrónico, dirección. Además, autorizo que se me contacte por medio telefónico o correo electrónico para cualquier observación. Por ultimo me responsabilizo de mantener actualizada la información de contacto.

2. Responsabilidad del autor.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación”, declaro haber trabajado en la elaboración de dicha publicación y asumo todas las responsabilidades de la información publicada. Además, declaro que facilitaré en caso de ser necesario todos los documentos originales que fueron requeridos para elaboración de la publicación.

3. Liberación de responsabilidad.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación” libero de responsabilidad a la Revista Médica Sinergia y a la Entidad Editora de cualquier conflicto que pueda generar el artículo.

4. Conflictos de interés.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación” declaro que la publicación no contiene conflictos de interés.

En caso de tener conflictos de interés se debe llenar “ICMJE Uniform Disclosure Form Potential Conflicts of Interest” disponible en www.icmje.org.

5. Principios científicos, éticos, morales.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación” declaro que la publicación se apegó a los principios científicos, éticos y morales para la elaboración de la publicación.

6. Exigencia de originalidad.

Yo “nombre del autor” soy autor responsable de la publicación “título de la publicación” declaro que la publicación es un artículo original, cuyo contenido no ha sido publicado en otro medio. Además, declaro que los resultados y conclusiones no han sido manipulados para el beneficio de terceros.

Pasos para publicar:

1. Enviar un correo electrónico a la dirección electrónica revistamedicasinergia@gmail.com solicitando la disponibilidad tema para poder publicar.
2. Un coordinador de comunicará usted vía correo electrónico solicitando el artículo y los documentos adjuntos.
3. El coordinador le informará si su publicación ha cumplido con los requisitos mínimos para la publicación.
4. La publicación será enviada al comité asesor y entidad editora, quienes valorarán la calidad de la publicación. Luego la publicación será enviada al sistema de arbitraje externo, compuesto por un panel de expertos en el tema para la evaluación de la información. El sistema de arbitraje externo evaluará la publicación sin conocer el nombre del autor del artículo.
5. El coordinador se comunicará con usted informando si la publicación fue aceptada, observada (se debe realizar cambios) o rechazada. En caso de ser observada, el autor tiene 48 horas para realizar los cambios pertinentes.
6. Cuando la publicación sea aceptada el coordinador le enviara las pruebas de imprenta vía correo electrónico. En este paso NO se podrá realizar modificaciones en la publicación.

PUBLIQUE CON NOSOTROS



La publicación de un artículo científico, revisiones bibliográficas, etc. Contribuye al desarrollo de la sociedad y a que otros investigadores acorten sus tiempos de investigación.

Al publicar artículos se muestra la fortaleza en investigación

Por ello lo invitamos a publicar con nosotros

Contáctenos

Teléfono: 8668002

E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

Indice

ARTICULOS DE REVISIONES BIBLIOGRAFICAS

AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo <i>Tinneth Monge Acuña</i>	3
Menopausia <i>Rafael Arley Hernández</i>	7
Enfermedad pélvica inflamatoria <i>Leidy Vásquez Valerio</i>	11
Instrucciones de publicación	15