

REVISTA MEDICA SINERGIA

Publicación Medica Mensual

ISSN: 2215-4523

ARTICULOS



- Enfermedad diarreica por Clostridium
- Diabetes mellitus gestacional

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA



REVISTA MEDICA

SINERGIA



Publicación Mensual

Fecha de publicación: FEBRERO 2017
Volumen:2 – Numero:2
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

Mariángela Espinosa Ramírez

Médico General. Universidad de Ciencias Médicas. 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

ENFERMEDAD DIARREICA POR CLOSTRIDIUM (DIARRHEAL DISEASE DUE TO CLOSTRIDIUM)

* Mariángela Espinosa Ramírez

RESUMEN

Clostridium tiene más de 60 especies, pueden causar diversas infecciones en humanos y animales por la producción de innumerables exotoxinas. Por ejemplo, C.tetani y C botulinum, causan enfermedades específicas (tétanos y botulismo) porque producen toxinas aisladas pero muy potentes. Las infecciones clostridiales continúan siendo un problema de salud pública muy serio en todo el mundo. Estos van desde envenenamientos (como los transmitidos por los alimentos o el tétanos) a la enterocolitis necrosante / colitis por bacteriemia, la mionecrosis y el síndrome de shock tóxico.

DESCRIPTORES

Clostridium difficile, diarrea, toxigenico, heces, coprocultivo, colitis.

SUMMARY:

Clostridium have more than 60 species, they can cause diverse infections in humans and animals by the production of innumerable exotoxins. For example, C.tetani and C botulinum, cause specific diseases (Tetanus and Botulism) because they produce isolated but very potent toxins. Clostridial infections continue to be a very serious public health problem throughout the world. These range from poisonings (such as food-borne or tetanus) to necrotising enterocolitis / bacteremia colitis, myonecrosis and toxic shock syndrome.

KEYWORDS

Clostridium difficile, diarrhea, toxigenic, stool, stool culture, colitis.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED) San
José - Costa Rica

DEFINICION

Clostridium difficile, es una bacteria anaeróbica Gram negativo, que se transmite de persona a persona por la ruta fecal – oral y produce aproximadamente el 25 % de las diarreas asociadas al uso de antibióticos.

La definición de un caso de CDI (Caso de diarrea por Clostridium) se define como la presencia de:

1. Diarrea, definida como 3 evacuaciones o más de heces no formadas en 24hrs o menos

2. Análisis de materia fecal positivo para toxinas de C. difficile, o hallazgos colonoscópicos o histopatológicos que revelen colitis pseudomembranosa.

ETIOLOGIA

Existen varios factores de riesgo implicados al desarrollo de diarrea asociado a C. difficile. El principal es la exposición a

antibióticos de amplio espectro, sobre todo clindamicina, fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación, pero también se ha relacionado con antibióticos utilizados para su tratamiento (metronidazol y vancomicina). Otros factores de riesgo son el uso de diuréticos, edad avanzada y el uso indiscriminado de inhibidores de la bomba de protones, pues el ácido gástrico es fundamental en la defensa del huésped contra el germen.

Es más común en pacientes hospitalizados de mayor edad y residencias de adultos mayores. Constituye un cuadro altamente contagioso por vectores humanos y por la permanencia de las esporas en el ambiente.

EPIDEMIOLOGIA

Se adquiere en forma exógena en general en un hospital o asilo, pero a veces también en un ambiente ambulatorio, y permanece en las heces fecales de pacientes tanto sintomáticos como asintomáticos. La tasa de colonización fecal es aproximadamente el 20 % entre adultos hospitalizados menos de una semana. El riesgo de adquirir *C. difficile* aumenta en forma proporcional con la estancia hospitalaria.

Las esporas del microorganismo se identifican en superficies ambientales donde pueden permanecer meses, y en las manos de personal hospitalario que no tenga la higiene adecuada.

PATOGENIA

Las esporas de *C. difficile* toxigénico son ingeridas, resisten la acción del ácido gástrico, germinan en el intestino delgado y colonizan la parte inferior del tubo digestivo, donde elaboran 2 tipos de toxinas, toxina A (enterotoxina) y toxina B (citotoxina). Ambas inician fenómenos que culminan con

la pérdida de la función de la barrera de las células epiteliales, la aparición de diarrea y la formación de pseudomembranas.

Toxina A es un factor quimiotáctico potente de neutrófilos.

Toxina B es el factor de virulencia más importante. Las pseudomembranas formadas se confinan a la mucosa del colon y se manifiestan por placas amarillas blanquecinas. Por lo general se afecta todo el colon, aunque el 10% de los enfermos no tienen afectación rectal.

Se necesitan por lo menos 3 factores para que el microorganismo resulte patógeno:

1. La exposición a antibióticos establece la susceptibilidad a la infección.
2. El paciente ya susceptible, se puede contagiar con cepas no toxígenas (no patógenas) o con cepas toxígenas de *C. difficile*.
3. Después del contagio puede haber colonización asintomática o aparición de un cuadro de diarrea por *Clostridium*.

DIAGNOSTICO

Se basa en la combinación de criterios clínicos y existen una serie de pruebas:

- Cultivo de heces en busca de *C. Difficile*.
- Identificación en heces de citoxinas en cultivo celular
- Inmunoanálisis enzimático para detectar toxina A y B.
- Amplificación del ácido nucleico para toxina A y B.
- Colonoscopia o sigmoidoscopia para identificación de pseudomembranas

No se recomienda realizar prueba control post tratamiento porque más del 50 %

TRATAMIENTO

Tabla 1. Tratamiento de la enfermedad diarreica por Clostridium		
Situación Clínica	Tratamiento	Comentario
Episodio leve a moderado	Metronidazol (500mg c /8hrs x 10 -14días)	Vancomicina (125mgc6hrs x 10-14días es más efectivo)
Episodio Inicial grave	Vancomicina (125mgc/6 hrs x 10-14días)	Leucocitosis >15000 Creatinina >1,5 (criterios de gravedad)
Primera recurrencia	Igual que para episodio leve	
Segunda recurrencia	Vancomicina con reducción gradual	125mgc/6 hrs x 10-14días, luego dos veces al día x 1 semana y luego c 2-3 días por 8 semanas
Múltiples recurrencias	Repetir Vancomicina en pulsos.+ Inmunoglobulina IV	Valorar trasplante de microflora fecal

sigue teniendo el microorganismo y la toxina después de que ha cesado la

diarrea, y los resultados no siempre predicen la reaparición del cuadro infeccioso.

CLINICA

La clínica varía desde el portador asintomático, hasta la colitis fulminante pasando por colitis inespecífica o colitis pseudomembranosa. El estado de portador asintomático aparece en el 20 -35% de los pacientes hospitalizados que han recibido tratamiento antibiótico. La clínica más frecuente es la diarrea asociada a una colitis inespecífica, junto con dolor abdominal, náuseas, vómitos, febrícula y aparición de leucocitosis en el hemograma. En ocasiones se complica con la aparición de megacolon tóxico, perforación colónica, hipoalbuminemia o persistencia de la diarrea por meses.

En los casos de colitis pseudomembranosa aparece una diarrea importante, distensión abdominal, afectación del estado general y en la colonoscopia se visualizaran placas amarillentas adherentes en colon y recto.

La forma más grave es la colitis fulminante que cursa con fiebre alta e intenso dolor abdominal, a la exploración es un abdomen distendido, timpánico, con ausencia de peristaltismo. Aparece un íleo parálítico, puede llegar a desarrollar un megacolon, en V.

BIBLIOGRAFIA

- Kasper .Fauci . Longo.(2015) Harrison Principios de Medicina Interna 19 edición, Madrid,MC Graw Hill.
- Thielman NM (2004) Accute Infection Diarrea, Londres, NEJM.
- Gorkiewicz G (2009) Nosocomial and Antibiotic- associated diarrhea caused by organism other than Clostridium Difficile. Inter J antimicrob Agents.
- Ramírez L (2010) Manejo general extrahospitalario de la dirrea aguda infecciosa y de la diarrea asociada a antibioticos. Albacet,Medicine 10 serie Elsevier Doyma.

Recepción: 02 Enero de 2017

Aprobación:10 Enero de 2017

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

(GESTATIONAL DIABETES)

Revista Médica Sinergia

ISSN 2215-4523

Vol.2 Num:2

Febrero 2018 pp:6 - 9

* Leidy Vásquez Valerio

RESUMEN

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas cuyos resultados comunes son la hiperglucemia, con los síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, pérdida de peso inexplicable de otro modo), problemas de visión y la susceptibilidad a las infecciones, cetoacidosis o síndrome hiperosmolar no cetoacidótico con riesgo de coma. La hiperglucemia crónica conduce a alteraciones de la secreción y / o acción de la insulina, además se asocia con daño a largo plazo, los trastornos funcionales de diversos tejidos y órganos.

DESCRIPTORES

Diabetes mellitus, gestación, hiperglucemia, glucosuria, embarazo.

SUMMARY

Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases whose common results are hyperglycemia, with classic symptoms (polyuria, polydipsia, otherwise unexplained weight loss), vision problems and susceptibility to infections, ketoacidosis or non-ketoacidotic hyperosmolar syndrome with risk of coma. Chronic hyperglycemia leads to alterations in the secretion and / or action of insulin, in addition it is associated with long-term damage, functional disorders of various tissues and organs.

KEYWORDS

Diabetes mellitus, pregnancy, hyperglycemia, glucosuria, pregnancy.

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

INTRODUCCION

Diabetes mellitus gestacional (DMG) está definido por el OMS como cualquier grado de intolerancia a la glucosa iniciado o reconocido por primera vez durante embarazo. Esta patología es una de las complicaciones más comunes del embarazo, asociado con una serie de resultados adversos, incluyendo aborto espontáneo, crecimiento fetal excesivo, trauma del nacimiento, y anomalías metabólicas neonatales. Además, las mujeres que han estado expuestas a

diabetes mellitus durante embarazo tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, hipertensión crónica y enfermedad vascular en un futuro.

FISIOPATOLOGIA

El aumento de la concentración de las hormonas del embarazo, incluyendo estrógenos y progestágenos, conduce a menores concentraciones de glucosa en ayunas, retraso en el vaciado gástrico y aumento del apetito. A medida que avanza la gestación, las concentraciones postprandiales de glucosa aumentan

constantemente. Para mantener el control adecuado de la glucosa en el embarazo, las células β pancreáticas de la madre tienen que aumentar la insulina suficiente para contrarrestar la caída correspondiente de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Por alguna razón, las mujeres embarazadas que desarrollan DMG son incapaces de aumentar la producción de insulina para compensar el aumento de resistencia a esta. Defectos post-receptor en la cascada de señalización de insulina parecen estar implicados en el desarrollo de la resistencia a la insulina.

EPIDEMIOLOGIA

En el 2000, alrededor de 171 millones de personas en todo el mundo tenían algún tipo de diabetes. Para el año 2030, se estima que 361 millones de personas estarán afectadas por esta condición.

Muchas de las mujeres que son diagnosticadas con diabetes durante el embarazo son clasificadas como diabetes gestacional aunque tengan diabetes pregestacional. Esta distinción es crucial porque la diabetes pregestacional se asocia con consecuencias más graves para el feto que la diabetes en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Las mujeres con diabetes pregestacional que quedan embarazadas corren un mayor riesgo de dar a luz un bebé con un grave defecto de nacimiento, incluyendo cardíacos, neurológicos, y anomalías vasculares.

DIAGNOSTICO

Tradicionalmente, la DMG se ha definido como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o reconoce por vez primera durante el embarazo. El sello distintivo es la resistencia a la insulina.

El diagnóstico es por curva de tolerancia a la glucosa oral, para este se administra 100 g de glucosa, por la mañana, después de 8 a 14 horas de ayuno nocturno. Una recomendación para estandarizar internacionalmente la carga es que todas las embarazadas no diabéticas sean evaluadas entre las 24 y 28 semanas con una curva de tolerancia a la glucosa oral de 75 g.

Los resultados para la prueba de tolerancia a la glucosa con 100g deben ser:

- Ayunas: 95 mg/dL
- Una hora: 180 mg/dL
- Dos horas: 155 mg/dL
- Tres horas: 140 mg/dL

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Una prueba de intolerancia a la glucosa positiva en un embarazo previo.
- Glucosuria.
- Antecedentes familiares de primer grado de diabetes tipo 2 o diabetes gestacional, o antecedentes de fallecimiento fetal inexplicable.
- Mujeres embarazadas mayores de 24 años.
- Obesidad.

PREVENCION

Para las mujeres que tienen alteración en la curva de tolerancia a la glucosa oral fuera de la lactancia, además de la dieta y ejercicio puede ofrecerse farmacoterapia con acarbose, metformina o tiazolidindionas. Aunque no es concluyente el tratamiento para la glucosa alterada en

ayunas, el seguimiento está justificado ya que predice el riesgo de desarrollar alteración en la curva de tolerancia a la glucosa oral o diabetes mellitus tipo 2.

TRATAMIENTO

Actualmente no hay duda de que el tratamiento de la hiperglucemia aun en casos leves que no reúnen criterio de diabetes reduce significativamente la tasa de resultados adversos perinatales y maternos.

En la actualidad, el ejercicio forma parte del manejo de la DMG. Se ha observado que puede prevenir y limitar la morbilidad materna y fetal como preeclampsia y macrosomía fetal, normalizar la glucemia de ayuno, disminuir los requerimientos de insulina en pacientes obesas, reducir la ganancia de peso durante el embarazo, disminuir los factores de riesgo cardiovasculares. No hay un ejercicio específico, puede ser de tipo recreativo, de brazos, de resistencia, caminata rápida, en banda giratoria o natación, siempre que no implique brincar. El American Congress of Obstetricians and Gynecologists recomienda, en ausencia de contraindicación obstétrica, 30 minutos de ejercicio moderado al día si es posible todos los días. La paciente debe vigilar la actividad fetal y su glucemia antes y después del ejercicio y limitar la actividad física a 30 minutos.

El tratamiento de mujeres con GDM se centra en lograr un control riguroso de las

concentraciones de sangre en glucosa y así minimizar el riesgo de complicaciones maternas y fetales. Al momento del diagnóstico, debe ofrecerse orientación dietética y las pacientes deben someterse a una dieta diabética de 1 800-2 400 kcal/d.

Se recomienda a las pacientes que inicien el automonitoreo en casa midiendo sus concentraciones de glucosa en ayunas, postprandial de 1 o 2 horas y por la noche con un glucómetro. Las concentraciones de glucosa optimas durante el embarazo son de 70-95 mg/dl en ayunas, postprandiales de una hora de <130-140 mg/dl y postprandiales de dos horas <120 mg/dl. Cuando los valores postprandiales superan las metas, es importante realizar una revisión de todos los alimentos ingeridos. Si no puede lograrse la normoglucemia únicamente con dieta y ejercicio, debe añadirse un medicamento.

El tratamiento de la GDM que no ha logrado resultados positivos tan solo con la modificación dietética típicamente se inicia con insulina como elección de primera línea. No obstante, un número de estudios ha demostrado que los hipoglucemiantes orales tales como la gliburida y la metformina son eficaces para lograr el control glucémico con un perfil de seguridad favorable para el feto. La gliburida, se categoriza de manera distinta como clase B o C de riesgo para el embarazo. La gliburida debe iniciarse a una dosis de 2.5-5 mg/d y ajustarse en forma gradual hasta un máximo de 20 mg/d para lograr un control óptimo de la glucosa en sangre.

BIBLIOGRAFIA

- Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, Neri Laufer, Ashley S. Roman. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos . Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A de C.V.
- E Albert Reece, Gustavo Leguizamón, Arnon Wiznitzer. (2009). Gestational diabetes: the need for a common ground. Elsevier Inc., 1789,1791.

- Michael Roden. (2009). Diabetes mellitus – Definition, classification und Diagnose. The Middle European Journal of Medicine, 5.
- Reinaldo Alberto Sánchez Turcios, Eugenia Hernández López. (2011). Diabetes mellitus gestacional. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 504,505,508.
- Ying Yang, Qian Li, Qianqian Wang and Xu Ma. (2015). Thyroid antibodies and gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Elsevier Inc., 665..

Recepción: 30 Diciembre de 2017

Aprobación: 10 Enero 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.

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 Carlín
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

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

REVISIONES BIBLIOGRAFICAS

AREA DE MEDICINA INTERNA

Enfermedad diarreica por Clostridium <i>Mariángela Espinosa Ramírez</i>	3
--	---

AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diabetes mellitus gestacional <i>Leidy Vásquez Valerio</i>	6
---	---

Instrucciones de publicación.....	10
-----------------------------------	----