

REVISTA MEDICA SINERGIA

Julio 2018 – Volúmen 3 – Número 7
Publicación Mensual

ISSN (Impreso): 2215 - 4523
ISSN (electrónico): 2215 - 5279



ARTICULOS

- Enfermedad de Paget extramamaria.
- Tamizaje de rutina y alternativo para preeclampsia.

SOMEA

Sociedad de Médicos de América



CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Médico trabajadora independiente, San José, Costa Rica.

EDITOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima - Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima- Perú

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

Editorial Esculapio:

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa
Rica

Teléfono: 8668002

E-mail:

revistamedicasinergia@gmail.com



Entidad editora:

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA
Frente de la parada de buses Guacimo, Limon.
Costa Rica

Teléfono: 8668002

Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com

<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>

REVISTA MEDICA SINERGIA



Publicación Mensual

Fecha de publicación: Julio 2018

Volumen: 3 – Numero: 7

Nombre de editorial: Editorial Médica Esculapio

Lugar de edición: 50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica

Contáctanos:

Teléfono: 86680002

E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com

Encuétranos en: www.revistamedicasinergia.com

AUTORES

Dra. Kimberly Herrera Sánchez, Hospital de Guápiles, Limón, Costa Rica.

Médico general, código médico: 12635. *kimberlyherrera88@gmail.com*

Dr. Kenneth Bermúdez Salas, Médico investigador independiente, San José, Costa Rica.

Médico general, código médico: 13313. *khobts22@hotmail.com*



La Revista utiliza las licencias de Creative Commons (CC) para proteger sus derechos de autor y para garantizar el acceso libre y abierto, específicamente la CC-BY



ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

(Extramammary Paget's disease)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:7
Julio 2018 pp: 3 - 5
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279
<http://revistamedicasinergia.com>

¹ Dra. Kimberly Herrera Sánchez
¹Hospital de Guápiles, Limón, Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.131>

RESUMEN

Es una neoplasia poco frecuente y de crecimiento lento que ocurre dentro del epitelio, es un adenocarcinoma poco común, que afecta la piel y las glándulas apocrinas abundantes. Está relacionado con otros tipos de cáncer. Es más frecuente en personas caucásicas entre 50 y 80 años. Al principio, los síntomas son inespecíficos, por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento generalmente se retrasan. Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas o pardas, las lesiones se localizan principalmente en áreas ricas en glándulas apocrinas como genitales, perianal, ingles axiles, aunque puede ocurrir en cualquier parte de la piel o mucosas. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección. El pronóstico es generalmente bueno. la tasa de supervivencia a 5 años supera el 90%.

PALABRAS CLAVES: Cancer, glándulas apocrinas, placas eritematosas, neoplasias malignas, carcinoma.

ABSTRACT

Is a rare and slow-growing malignancy which occurs within the epithelium, is a rare adenocarcinoma that affects the skin and abundant apocrine glands. It is related to other types of cancer. Is most prevalent in Caucasian people between 50 to 80 years.

At first the symptoms are non-specific, therefore, diagnosis and treatment are usually delayed. Typical lesions consist of erythematous or brown plaques, the lesions are located mainly in areas rich in apocrine glands such as genitals, perianal.

Surgery remains to be the preferred treatment of choice. Prognosis is generally good. the 5-year survival rate exceeds 90%.

KEY WORDS: Cancer, apocrine glands, erythematous plaques, malignant neoplasms, carcinoma.

¹Médico general, graduada de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), médico en el Hospital de Guápiles, Limón, Costa Rica.
Código médico: 12635
kimberlyherrera88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Paget extramamaria es una forma muy rara de adenocarcinoma intraepitelial que afecta

la piel con abundantes glándulas apocrinas. Puede acompañarse o no de otras neoplasias malignas dependiendo si es de tipo primario o secundario.

Se relaciona con cáncer anexial subyacente en el 24 y 33% de los casos y con cáncer visceral en el 12 y 15% de los casos, principalmente gastrointestinales y de vías urinarias o en órganos con revestimiento continuo como perianal.

Se asocia a:

- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de recto
- Cáncer de ovarios
- Cáncer de uretra
- Cáncer de colón
- Cáncer de próstata
- Cáncer de vagina
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de riñón

EPIDEMIOLOGÍA

La enfermedad de Paget extramamaria es una patología muy infrecuente con una incidencia aún desconocida. Se estima que no supera el 6,5% del conjunto de enfermedades de Paget y hay pocos casos descritos.

Generalmente afecta a individuos de raza blanca con edades entre los 50 y 80 años y es más frecuente en mujeres, aunque en la raza asiática afecta mayormente a los hombres. La incidencia real no se conoce.

PATOGENIA

Existen 2 teorías sobre su origen.

- La primera se refiere a una diferenciación anormal de las células epidérmicas de la capa basal del estrato germinativo en donde la enfermedad de Paget es una neoplasia independiente a una

segunda neoplasia (Enfermedad de Paget primario).

- La segunda se refiere a una metástasis epidérmica de un carcinoma subyacente (enfermedad de Paget secundaria).

CLÍNICA

Al principio los síntomas son inespecíficos, por ello, generalmente se retrasa el diagnóstico y el tratamiento.

Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas o pardo infiltradas generalmente con bordes únicos bien definidos a veces edematosas con exudados, prurito doloroso o incluso asintomático. La superficie puede estar rugosa con liquenificación, erosiones o costras. Es raro, pero puede encontrarse nódulos infiltrados, vegetaciones o linfadenopatías.

Las lesiones se localizan principalmente en zonas ricas en glándulas apocrinas como genitales, perianal, ingles, axilas aunque puede ocurrir en cualquier parte de la piel o mucosas.

El 65% se localiza en vulva, aunque representa solo el 2% de los carcinomas de este sitio. El 20% se localiza a nivel perianal y 14% en genitales masculinos. Raro encontrarlo en ingles o axilas. En el 65% de los casos la lesión permanece in situ.

DIAGNÓSTICO

No existe un protocolo establecido para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento por ser una neoplasia rara. El diagnóstico se da principalmente por clínica e histología.

La biopsia mostrará células con citoplasma pálido y abundante, con

núcleos grandes y pleomórfico, excéntricos y con forma de sello de anillo. Además, nucléolos prominentes. Debe realizarse el estadiaje de la enfermedad por medio de ultrasonografía abdominal y ginecológica, colonoscopia y mamografía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro del diagnóstico diferencial:

- Lesiones eccematosas
- Liquen simple crónico
- Liquen escleroso
- Liquen atrófico
- Liquen plano
- Psoriasis invertida
- Intertrigo candidiasico
- Eritroplasia de Queyrat
- Enfermedad de Bowen
- Melanoma amelanocítico
- Pénfigo benigno familiar

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia con

márgenes libres de lesión. Se puede utilizar también la cirugía micrográfica de Mohs que disminuye la tasa de recidivas.

Otras alternativas incluyen el láser de CO₂, el imiquimod tópico, la radioterapia, crioterapia y terapia fotodinámica pero el riesgo de recidiva es muy alto llegando a ser del 50 a 60%.

PRONÓSTICO

Debido al carácter multicentrico y los márgenes mal definidos hay recidiva del 16 y 44% de los casos, lo que disminuye del 8 a 28% si se utiliza la cirugía de Mohs.

La tasa de supervivencia a 5 años supera el 90% y en ocasiones existe regresión espontánea después de la resección quirúrgica parcial.

La supervivencia empeora en la enfermedad extramamaria de Paget con invasión dérmica o cuando existen neoplasias asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco G., Martín A., Garrido C., Tercedor J. (2015). Enfermedad extramamaria de Paget: 10 casos. *Actas Dermo- Sifiliográficas*, 106, e1-e5.
2. Monti F., Caruso A., Garay I., Kurpis M. . (2016, diciembre 12). Enfermedad de paget extratamaria: presentación de caso y revisión de la literatura. *Colegio Iberoamericano de Dermatología.* , 45, 25-28.
3. Tapia O., Kam S. (agosto 2014). Enfermedad Extramamaria de Paget. *Rev Chil Cir*, 66, 371-374.

Recepción: 10 Abril de 2018

Aprobación: 20 Junio de 2018

TAMIZAJE DE RUTINA Y ALTERNATIVO PARA PREECLAMPSIA

(Routine screening and alternative screening for preeclampsia)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:7
Julio 2018 pp: 6 - 11
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279
<http://revistamedicasinergia.com>

¹Dr. Kenneth Bermúdez Salas

¹Médico investigador independiente, San José, Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.132>

RESUMEN

La preeclampsia se describe como el inicio de la presión arterial alta, comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal. El método tradicional de tamizaje para preeclampsia consiste en identificar los factores de riesgo basados en las características demográficas, factores de riesgo maternos identificados en la historia clínica. La medición de la presión arterial podría permitir la identificación y el diagnóstico precoz, lo que daría lugar a una estrecha vigilancia y un tratamiento eficaz.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF) reafirmaron la práctica actual de tamizar a las mujeres por preeclampsia a través de mediciones de la presión arterial a lo largo del embarazo, pero contrario a la práctica habitual, concluyeron que la evidencia no apoya al tamizaje por proteinuria en cada consulta prenatal.

Es importante reconocer que los factores de riesgo solo predicen en el 30% de los casos, por lo que el uso de pruebas de laboratorio e imágenes es un área activa de investigación.

Este artículo describe el examen alternativo desarrollado por la Fundación de medicina fetal (FMF) el cual demostró ser superior al método estándar recomendado por el Instituto nacional de la salud y excelencia clínica del Reino Unido (NICE) y el Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) para la detección de mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia.

PALABRAS CLAVE: Presión arterial, tamizaje, proteinuria, prenatal, embarazo.

ABSTRACT

Preeclampsia is described as the onset of high blood pressure, is usually begins after 20 weeks of pregnancy in women whose blood pressure had been normal. The traditional screening method for preeclampsia consists of identifying demographic characteristics's risk, maternal risk factors through clinical history. In the article, each risk factor will be described. We have to bear in mind that the measurement

¹Médico general, graduado de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE).
Médico investigador independiente, San José, Costa Rica.
Código médico: 13313.
khobts22@hotmail.com



of blood pressure to screen for preeclampsia could allow for early identification and diagnosis of the condition, resulting in close surveillance and effective treatment to prevent serious complications. The US Preventive Services Task Force (USPSTF) has established that there is adequate evidence on the accuracy of blood pressure measurements to screen for preeclampsia, also found adequate evidence that testing for protein in the urine with a dipstick test has low diagnostic accuracy for detecting proteinuria in pregnancy. It is important to recognize that risk factors only predict in 30% of cases so the use of laboratory tests and images is an active area of research. This article describes the alternative screening developed by the Fetal Medicine Foundation (FMF) which has been shown to be superior to the standard method recommended by National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG for the detection of women at high risk of developing pre-eclampsia.

KEY WORDS: Blood pressure, screening, proteinuria, prenatal, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es comúnmente descrita como el inicio de hipertensión arterial con proteinuria y/o disfunción de órgano blanco después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa. Hasta la fecha, la mayoría de organizaciones de la salud consideran que la preeclampsia no puede ser predicha con seguridad, por lo que la atención se ha enfocado primordialmente en la detección temprana de la enfermedad. Recientemente, la evidencia apoya el uso de aspirina en bajas dosis para la prevención de preeclampsia en mujeres de alto riesgo, por lo que la detección temprana con intención terapéutica ahora tiene un valor agregado que consiste en identificar y prevenir la morbi-mortalidad asociada con esta enfermedad.

Es de vital importancia conocer el desempeño del método de tamizaje para

preeclampsia mediante la identificación durante la historia clínica de los factores de riesgo recomendados por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), además del método desarrollado por el Fetal Medicine Foundation (FMF) como método alternativo de importancia.

DISCUSION

El método tradicional de tamizaje para preeclampsia consiste en identificar los factores de riesgo basados en las características demográficas, además de los factores de riesgo maternos identificados en la historia clínica.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda cuáles mujeres se consideran de alto riesgo para el desarrollo de preeclampsia, esto en base a si presentan factores de alto riesgo (historia de enfermedad

hipertensiva en embarazo previo, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune, diabetes mellitus o hipertensión crónica) o dos o más factores de riesgo moderado (primigesta, edad ≥ 40 años, periodo intergenésico >10 años, Índice de masa corporal en la primer visita ≥ 35 kg/m² o historia familiar de preeclampsia).

En Estados Unidos, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), refiere que la historia clínica para la evaluación de los factores de riesgo es el mejor y único método de tamizaje recomendado para la preeclampsia. En una publicación reciente de Julio 2016, el ACOG adoptó la utilización de los factores de alto riesgo establecidos por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF), los cuales se establecen en aquellas mujeres que cumplan con uno o más de los siguientes criterios:

- Embarazo previo con preeclampsia, especialmente aquella de inicio temprano y con desenlace desfavorable
- Gestación múltiple
- Hipertensión crónica
- Diabetes mellitus tipo 1 o 2
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad autoinmune (Síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico)

Criterios USPSTF para factores de riesgo moderados incluyen:

- Nuliparidad
- Obesidad (IMC >30 kg/m²)
- Historia familiar de preeclampsia en madre o hermana

- Edad ≥ 35 años
- Características socio-demográficas (Afroamericanos, bajo nivel socioeconómico)
- Factores de riesgo personales (edad gestacional, historia de bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, previo embarazo con desenlace adverso, periodo intergenésico mayor a 10 años)

Mujeres con múltiples factores de riesgo moderados pueden ser consideradas de alto riesgo, pero la evidencia de asociación entre estos factores de riesgo y el desarrollo de preeclampsia es muy variable.

RECOMENDACIONES ACTUALES

Toda mujer embarazada está en riesgo de desarrollar preeclampsia y la evidencia apoya el tamizaje de rutina mediante mediciones de presión arterial en todas las visitas prenatales durante el embarazo.

Las guías recientes del USPSTF para tamizaje por preeclampsia publicadas en Mayo 2017, reafirmaron la práctica actual de tamizar a las mujeres por preeclampsia a través de mediciones de la presión arterial a lo largo del embarazo, pero contrario a la práctica habitual, concluyeron que la evidencia no apoya al tamizaje por proteinuria en cada consulta prenatal.

Se recomienda tamizar por proteinuria en la primer consulta para establecer un valor basal y dada la posibilidad de falsos positivos y falsos negativos, repetir el examen al menos una vez más en mujeres asintomáticas y normotensas durante alguna subsecuente consulta

prenatal. En mujeres hipertensas siempre se debe de tamizar por proteinuria, ya que la presencia de esta cambia el diagnóstico a preeclampsia y una vez que el diagnóstico de preeclampsia se establece, el continuar tamizando por proteinuria no tiene valor diagnóstico ni pronóstico.

MÉTODO ALTERNATIVO DE TAMIZAJE

Es importante reconocer que los factores de riesgo solo predicen en un 30% de los casos cuáles mujeres eventualmente desarrollarán preeclampsia, por lo que el uso de exámenes de laboratorio e imágenes es un área activa de investigación. Anteriormente todos los modelos desarrollados tenían un bajo valor predictivo positivo, pero recientemente se ha desarrollado una alternativa de tamizaje por parte de The Fetal Medicine Foundation (FMF) que ha demostrado ser superior al método estándar recomendado por el NICE y el ACOG para la detección de mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia de tipo pretérmino.

Este método alternativo de tamizaje desarrollado por el FMF, permite estimar el riesgo específico que tiene cada paciente de desarrollar preeclampsia, para así poder beneficiarse de un parto programado. El método utiliza el teorema de Bayes.

combinando factores de riesgo maternos derivados de un modelo logístico multivariable, con los resultados de diversas combinaciones de medidas bioquímicas y biofísicas.

En un estudio prospectivo de tamizaje en más de 35,000 embarazos únicos entre las semanas 11 y 13 de gestación, se

utilizó el algoritmo para el cálculo de riesgo específico que tenía cada paciente de desarrollar preeclampsia. Se combinaron factores de riesgo maternos, presión arterial media (PAM), índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (UtA-PI) y el factor de crecimiento placentario (PIGF), alcanzando cifras de detección para preeclampsia al momento del parto de 89% en menores de 32 semanas de gestación, 75% en menores de 37 semanas de gestación y 47% en mayores de 37 semanas de gestación, con una tasa de falsos positivos del 10%. Estos resultados fueron validados por un reciente estudio multicéntrico de más de 8000 embarazos únicos, donde se reportaron tasas de detección del 100% en menores de 32 semanas de gestación, 75% en menores de 37 semanas de gestación y 43% en mayores de 37 semanas de gestación, con una tasa de falsos positivos también del 10%.

POSIBLES IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

En una nueva propuesta de atención prenatal, se propone la evaluación de riesgo entre las semanas 11-13 de gestación, en busca de identificar embarazos con alto riesgo de desarrollar preeclampsia y reducir la incidencia de probables complicaciones a través de intervenciones farmacológicas como la aspirina en bajas dosis.

Se ha propuesto que la administración de aspirina desde el primer trimestre en aquellas pacientes de alto riesgo, es efectivo para la prevención de preeclampsia de tipo pretérmino, sin efectividad aun comprobada en embarazos de término y que el uso del

método promovido por el FMF es superior al recomendado por el NICE y el ACOG para identificar el grupo de embarazos que se benefician de esta terapia.

De acuerdo el FMF y el NICE, si la selección de riesgo se basa en el algoritmo del FMF, aproximadamente un 10% de la población embarazada recibirá aspirina en bajas dosis y esta población representaría el 75% de todas las mujeres que van a desarrollar preeclampsia de tipo pretérmino, en contraste a un 39% de la población basándose en las guías del NICE.

Los métodos del NICE y el ACOG le asignan a cada factor de riesgo un valor predictivo aditivo, que está sujeto a falsos positivos. En el método recomendado por el FMF, se utiliza un modelo logístico, con múltiples variables que le asigna a previos atributos de riesgo una importancia relativa que es apropiada para cada factor de riesgo materno, permitiendo así una estimación del riesgo específico de desarrollar preeclampsia para cada paciente, que su vez se beneficiaría de un parto programado. El riesgo determinado puede posteriormente ser ajustado de acuerdo a los resultados de los exámenes biofísicos y bioquímicos realizados. El programa que ajusta el riesgo está disponible de forma gratuita en la web.

Vale la pena mencionar que la toma de la presión arterial media se lleva a cabo de forma universal según protocolo, la medición de UtA-PI requiere entrenamiento adicional, pero puede realizarse junto con el ultrasonido de primer trimestre como parte del tamizaje de rutina, sin necesidad de nuevos

equipos. La medición de PIGF sérico puede llevarse a cabo en la misma máquina que mide la β -HCG y PAPP-A, que ya se utilizan ampliamente para el tamizaje de síndrome de Down, aunque a un costo adicional.

CONCLUSIONES

Los hallazgos demuestran que el tamizaje en el primer trimestre es mejor para los casos de preeclampsia de tipo pretérmino, en vez de preeclampsia de término. Esto es particularmente importante ya que sabemos que tanto la incidencia de efectos adversos maternos y fetales, como las consecuencias a largo plazo derivadas de la enfermedad, son relativamente inversas a la edad gestacional de inicio de la enfermedad y que el uso profiláctico de bajas dosis de aspirina, es efectiva para la prevención de preeclampsia específicamente de pretérmino.

Lamentablemente sabemos que el método de tamizaje no solo dependerá del desempeño del mismo, sino también de las consideraciones económicas y de implementación del sistema de salud.

En un estudio reciente publicado en el *New England Journal of Medicine* de Junio 2017, se concluyó que el tratamiento con aspirina en dosis bajas en mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia de tipo pretérmino, resultó en una incidencia menor del diagnóstico cuando se comparó con placebo. A diferencia de otros estudios recientemente publicados, este es uno de los pocos estudios que actualmente utiliza el método del FMF como método de detección superior al recomendado por el NICE y el ACOG, y se espera que esta tendencia continúe a futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin No. 108: Polycystic Ovary Syndrome. The American College of Obstetricians and Gynecologist. 2009 Oct;114(4):936-49.
2. Speroff, L. & Fritz, M. (2012). Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad, VIII Edición, Filadelfia: WoltersKluwer/Lippincott Williams &Wilkins
3. DeCherney, A. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a edición, México DF. Mc Graw Hill.
4. Allahbadia, (2011) Polycystic ovary síndrome and impacto on health. Middle East Fertility Society Journal 2011. 16, 19-37.
5. Nolting, M. (2011). Consenso sobre síndrome de ovario poliquístico. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Volumen 10 – Número 2.
6. Anadu, U. (2013). Polycystic Ovary Syndrome. A review of Treatment Options With a Focus on Pharmacological Approaches. MediMedia USA. 2013 Jun; 38(6): 336-338, 348, 355.
7. Ermaanh, D. (2005). Polycystic Ovary Syndrome review. The New England Journal of Medicine. 2005; 325:1223-36.
8. The Rotterdam ESHRE/ASRM sponsered PCOS consensus workshop group. (2003). Consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary síndrome. Hum Repord. 2004; 19:41-7.
9. Stein I, Leventhal M (1935). Amenorrhoea associated with bilateral polycystic ovaries. The American College of Obstetricians and Gynecologist. 1935;29:181-5.

Recepción: 13 Abril de 2018

Aprobación: 20 Junio de 2018

REVISTA MEDICA SINERGIA

Su objetivo es difundir la producción científica en todos los campos de la ciencia médica y afines, tenemos como misión llegar a ser una herramienta valiosa para la difusión de investigaciones en el área de salud a nivel internacional. Su área de cobertura son los temas relacionados con la ciencia de la salud (medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía, pediatría, etc.). Esto se lleva a cabo mediante publicaciones mensuales de artículos de revisiones bibliográficas, originales, investigación, comunicación científica y reporte de casos.

La revista va dirigida principalmente al personal médico y ciencias relacionadas al área de la salud.

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

Revista Médica Sinergia es una revista de periodicidad **mensual**, la publicación se realiza el día **01 de cada mes**, publicando un número cada mes del año, contando con 12 números al año.

La Revista utiliza las licencias de Creatives Commons (CC) para proteger sus derechos de autor y para garantizar el acceso libre y abierto, específicamente la CC-BY



Reconocimiento-NoComercial CC BY-NC

Esta licencia permite a otros entremezclar, ajustar y construir a partir de su obra con fines no comerciales, y aunque en sus nuevas creaciones deban reconocerle su autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos. <http://creativecommons.org/licenses/>

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

NORMAS DE PUBLICACION

Generalidades

1. Todo artículo a presentarse para evaluación y posible publicación debe ser **original** esto quiere decir que no debe ser postulado simultáneamente en otras revistas u órganos editoriales. Dejando en claro que solo se aceptarán artículos **originales**.
2. Los artículos deben de ser relacionados al área de la salud.
3. Los siguientes documentos deben de ser llenados, firmados y enviados, junto al artículo, previa evaluación, al correo electrónico: revistamedicasinergia@gmail.com o ingresados directamente a la página de la revista: www.revistamedicasinergia.com.
 - a. Carta de Aceptación de derecho de autor:
 - b. Exigencia de originalidad

NOTA: estas cartas se encuentran en nuestra página www.revistamedicasinergia.com, sino también lo puede solicitar a: revistamedicasinergia@gmail.com, y con gusto los atenderemos.
4. Los artículos deben de ser enviados en formato Word.
5. Los artículos enviados no deben de haber sido publicados total o parcialmente en ninguna revista impresa ni digital, en el mismo o diferente idioma.
6. No deberá presentar el artículo para su evaluación a dos revistas de forma simultánea.
7. El artículo debe de estar ordenado de la siguiente manera: página de título, resumen del artículo en 2 idiomas, palabras claves en 2 idiomas, cuerpo del artículo, bibliografía.



8. Las **referencias bibliográficas** deberán ser elaboradas según el formato de American Psychological Association (APA), el cual es una norma internacional ampliamente aceptada. Algunos ejemplos se encuentran en : www.revistamedicasinergia.com, Además, un tutorial sobre el formato APA está disponible en: <http://www.apastyle.org/learn/tutorials/basics-tutorial.aspx>

Página de título

- **Título:** Debe de ser conciso, específico y sin abreviaturas, debe de ser redactado en 2 idiomas.
- **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.
- **Palabras claves:** La publicación debe tener por lo menos 4 palabras claves redactadas en 2 idiomas.
- **Enumerar:** Todas las páginas, cuadros y figuras.
- **Fuentes de ayuda:** Persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.

TIPOS DE ARTICULOS

1. **Presentación de los artículos:** El autor en caso de ser necesario, deberá presentar todas las fuentes de información originales. La publicación debe ir estructurada de la siguiente manera:
2.
 - **Resumen:** 250 palabras máximo, con una descripción del trabajo, material, métodos utilizados, resultados principales y conclusiones relevantes. Este resumen deben de ir en 2 idiomas. No deben de usarse abreviaturas.
 - **Palabras claves:** Debe de contar por lo menos 4 palabras claves redactadas en 2 idiomas.
 - **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. Evitando los resúmenes de los resultados.
 - **Métodos:** Se mencionan los materiales utilizados, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, diseño del estudio, composición y característica de muestras estudiadas. Si el artículo reporta información obtenida de estudios en seres humanos debe incluir una nota donde asegure que el protocolo de estudio cumplió con los requisitos del Comité Ético Científico (CEC) el cual requiere estar debidamente acreditado por el CONIS.
 - **Resultados:** Los resultados deben de seguir una secuencia lógica y concordante, en el texto, cuadros, figuras y tablas. Deben de ser claras y concisas.
 - **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.
 - **Agradecimientos (Opcional):** Menciona persona o instituciones que brindaron ayuda durante la elaboración de la publicación.
 - **Elaboración de referencias bibliográficas:** Insertadas consecutivamente con números arábigos en el cuerpo del texto y citadas con toda la información pertinente en el área de referencia. Se usará el formato de American Psychological Association (APA).
 - **Cuadros, figuras y tablas:** Tienen que ser explicativos, deben tener título y numeración consecutiva correspondiente.

2. **Revisiones bibliográficas:** Los artículos deben de ser interés medico científico, actuales, con una bibliografía actualizada, de relevancia (no puede tener más de 5 años de antigüedad).
3. **Opiniones:** Informan temas de la actualidad en los avances científicos de la medicina, con grado de evidencia, bien fundamentado.
4. **Reporte de casos:** La publicación debe estar estructurada de la siguiente forma:
 - Título.
 - Resumen: claro y conciso, este resumen debe de ir escrito en 2 idiomas.
 - Introducción: se debe contestar las preguntas: ¿por qué se publica?, ¿qué se publica? Mencionar objetivos primarios y secundarios.
 - Presentación del caso: se debe realizar una presentación cronológica de la enfermedad y de la evolución del paciente. Con posible diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - 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.

PRESENTACION DE MANUSCRITO

La publicación será estructurada de la siguiente manera: página de título, resumen en 2 idiomas, palabras claves en 2 idiomas, introducción, cuerpo de la publicación, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas. Todos los trabajos deben ser enviados en formato digital en Word para Windows®, los títulos con letra Arial #14 - negrita, el contenido en Arial #11, con espacio 1,15.

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.

SISTEMA DE ARBITRAJE Y PROCESO DE EVALUACION DE LOS ARTICULOS

Los artículos enviados a nuestra revista médica, están sujetos a una serie de pasos previos a su publicación.

Como *primer paso*, el Comité Editorial, revisará que el artículo cumpla con las normas relativas a estilo y contenido indicadas en las instrucciones a los autores, si faltara algo, el artículo se devuelve al autor para que complete el faltante. Cuando el artículo cumple a cabalidad con las normas de publicación y presentación de artículos (originales, investigación, comunicación científica, reporte de casos o revisión bibliográfica), este artículo es presentado al Comité Científico para verificar la calidad del contenido científico y la temática que aborda el mismo. Una vez que este manuscrito sea aprobado y se conozca el área de la especialidad del trabajo, se podrá pasar al siguiente paso.

En el *segundo paso*, todos los artículos serán sometidos al proceso de dictaminación con el **sistema de revisión por pares externos**, el artículo será enviado a dos revisores **externos** (propuestos por el Comité Científico), estos revisores son anónimos y ajenos al Consejo Editorial y Comité Científico, la evaluación se realizará según el **modelo doble ciego**. Los revisores tendrán un plazo no mayor de 4 semanas para expresar sus opiniones. La valoración incidirá en el interés del artículo, su contribución al conocimiento del tema tratado, las novedades aportadas, la corrección de las relaciones establecidas, el

juicio crítico desarrollado, los referentes bibliográficos manejados, su correcta redacción, etc., indicando recomendaciones, si las hubiera, para su posible mejora. Cabe indicar que para que un artículo sea considerado a publicar, este deberá cumplir con dictamen positivo de los dos revisores. Si un dictamen es positivo y el otro negativo, se buscará un tercer revisor. Si el dictamen de este es negativo, el artículo no se publicará, pero si es positivo entonces se considerará su publicación.

Como *tercer paso*, basándose en las recomendaciones de los revisores; El administrador o coordinador comunicará al autor principal (en un plazo no mayor a 30 días hábiles y vía correo electrónico), el resultado de la revisión, este resultado puede ser: publicación sin cambios; publicación con correcciones menores; no aconsejable para su publicación, así como las observaciones y comentarios de los revisores.

Si el manuscrito ha sido aceptado con modificaciones, los autores deberán reenviar una nueva versión del artículo, en un plazo no mayor de 48 horas, en el cual se deberá realizar los cambios pertinentes, atendiendo a las demandas y sugerencias de los revisores.

Como *cuarto paso*, Una vez el manuscrito sea enviado ,con las modificaciones sugeridas; El Consejo Editorial, finalmente ,se pronunciará y dará la **decisión final** sobre si procede o no la publicación del artículo, apoyados en el dictamen del Comité Científico y los revisores, como se mencionó anteriormente. Esta última decisión es inapelable.

Quinto paso, el administrador o coordinador le enviará el resultado final al autor. Si el dictamen final es positivo, se procederá a la publicación. En este paso NO se podrá realizar modificaciones en la publicación.

Cabe resaltar que, los revisores son especialistas en el tema, ellos pueden ser nacionales o internacionales y realizarán un análisis crítico y exhaustivo de los artículos.

PUBLIQUE CON NOSOTROS

REVISTA MEDICA SINERGIA



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

Encuétranos en: www.Revistamedicasinergia.com

Índice

REVISIONES BIBLIOGRAFICAS

AREA DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

Enfermedad de Paget extramamaria <i>Dra. Kimberly Herrera Sánchez</i>	3
Tamizaje de rutina y alternativo para preeclampsia <i>Dr. Kenneth Bermúdez Salas</i>	6
Instrucciones de publicación.....	12