

# REVISTA MEDICA

## SINERGIA

Agosto 2018 – Volúmen 3 – Número 8  
*Publicación Mensual*

ISSN : 2215 - 4523  
e-ISSN : 2215 - 5279



### ARTICULOS

- Diagnóstico ultrasonográfico de quistes renales simples y clasificación de Bosniak
- Psicosis postparto
- Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria

SOMEA

*Sociedad de Médicos de América*



# REVISTA MEDICA SINERGIA



## Publicación Mensual

Fecha de publicación: agosto 2018

Volúmen: 3 – Número: 8

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](mailto:revistamedicasinergia@gmail.com)

Encuétranos en: [www.revistamedicasinergia.com](http://www.revistamedicasinergia.com)

# CUERPO EDITORIAL

## **DIRECTORA**

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Médico independiente, San José, 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>

## AUTORES

Dra. Catalina Irene Sánchez Montero, Clínica Médica Sánchez, Alajuela, Costa Rica.

Médico general, código médico: 11957. Correo: [k-ti19@hotmail.com](mailto:k-ti19@hotmail.com)

Dr. Carlos Fonseca Villanea, Essity - A Leading Hygiene and Health Company, San José, Costa Rica.

Médico general, código médico: 13929. Correo: [carlosfonsvilla@hotmail.com](mailto:carlosfonsvilla@hotmail.com)

Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Caja Costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica

Médico general, código médico: 11209. Correo: [estebansanchezgaitan@hotmail.com](mailto:estebansanchezgaitan@hotmail.com)



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



# DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE QUISTES RENALES SIMPLES Y CLASIFICACIÓN DE BOSNIAK

(Ultrasonographic diagnosis for simple renal cysts and Bosniak classification)



<sup>1</sup> **Dra. Catalina Irene Sánchez Montero**  
<sup>1</sup> *Clínica Médica Sánchez, Alajuela, Costa Rica*  
[k-ti19@hotmail.com](mailto:k-ti19@hotmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0001-7276-3750>

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.133>

## RESUMEN

Los quistes renales simples son el tipo más común de quistes renales adquiridos, la mayoría son detectados de forma incidental ya que son asintomáticos y su etiología no está clara. Se pueden diagnosticar utilizando diversos métodos de imagen siendo el ultrasonido el método más común para el diagnóstico de estos quistes. La probabilidad de malignidad se basa en la clasificación de Bosniak que determina la naturaleza del quiste.

**PALABRAS CLAVES:** Quistes renales simples, ultrasonido, quistes renales complejos, clasificación de Bosniak.

## ABSTRACT

Simple renal cysts are the most common type of acquired renal cysts; they are mostly detected by chance as they are asymptomatic and of unclear etiology. These can be diagnosed using diverse imaging methods, Ultrasound being the most common method by which renal cysts are found. The probability of malignancy is based on Bosniak's Classification which is used to determine the nature of the cysts.

**KEY WORDS:** Simple renal cysts, ultrasound, complex renal cysts, classification of Bosniak.

<sup>1</sup> Médico general, graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE), médico en Clínica Médica Sánchez, Alajuela, Costa Rica  
Código médico: 11957.  
[k-ti19@hotmail.com](mailto:k-ti19@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Los quistes renales simples son el tipo más común de quiste renal adquirido, la mayoría son detectados de forma incidental en estudios de imagen, incluyendo ultrasonido y tomografía

computarizada (TC) , ya que los quistes normalmente no asocian síntomas clínicos.

La prevalencia de los quistes simples difiere de acuerdo al sexo, es mayor en hombres comparado con mujeres y son

particularmente frecuentes en personas de edad avanzada ya que la prevalencia incrementa con la edad, ocurren en el 50% de los individuos de más de 50 años de edad. Los quistes renales simples pueden ser únicos o múltiples, algunos estudios reportan que el tamaño y el número de los quistes renales tienden a incrementar con la edad. La mayoría rara vez producen síntomas y no requieren tratamiento a menos de que el quiste sea sintomático o complicado.

## **ETIOLOGÍA**

El origen de los quistes renales simples adquiridos sigue siendo incierto. Recientemente se introdujo la teoría de que los quistes renales simples son derivados de divertículos de los túbulos contorneados o de los túbulos colectores, los divertículos incrementan en número en los riñones seniles, probablemente como resultado de debilidad de la membrana basal, esto explica la relación entre senilidad y quistes renales simples.

## **FACTORES DE RIESGO**

Entre los principales factores de riesgo, se encuentran:

- Creatinina sérica anormal
- Hipertensión
- Enfermedad aterosclerótica
- Proteinuria
- Tabaco

## **DIAGNÓSTICO**

Debido al creciente uso de imágenes diagnósticas se detectan numerosos quistes renales simples, la calidad

superior de imagen de la TC y la resonancia magnética incrementan la detección de lesiones quísticas pequeñas, éstos datos indican que la ultrasonografía detecta la mitad de los quistes renales simples diagnosticados por TC. Por lo tanto podría explicar la alta tasa de detección de quistes en estos estudios.

## **HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS**

Cada masa quística debe ser evaluada en secciones en dos planos, la valoración debe proporcionar una evaluación exacta de la localización, forma, tamaño y estructura, el principal propósito es diferenciar entre quistes benignos y malignidad.

### **1. QUISTES RENALES SIMPLES**

Característicamente son redondos u ovalados, eco lúcidos, pared delgada y claramente delineada de contorno liso, pared posterior fuertemente demarcada, no presenta calcificaciones, ni septos, no señal doppler dentro del quiste, sombra acústica posterior.

### **2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON QUISTES RENALES COMPLEJOS**

Los quistes complejos se presentan a menudo, pero no siempre son malignos. Característicamente muestran un contorno irregular, ecogenidad variable, pared gruesa mal definida, contornos irregulares, pared posterior no claramente demarcada, podría presentar calcificaciones y septos y señal doppler dentro del quiste, no sombra acústica posterior.

## CLASIFICACIÓN DE BOSNIAK

**TABLA 1.1** Clasificación radiológica (ecografía – TC) de Bosniak de las masas renales quísticas

Tipo	Sin contraste	Con contraste	Recomendación
I	Contenido densidad agua homogéneo, bien delimitado, pared fina y lisa	No capta	No más exploraciones
II	Algunos septos finos, mínimas calcificaciones	No capta	No más exploraciones
IIF	Moderadas calcificaciones, quistes hiperdensos	No capta	Seguimiento radiológico (TC)
III	Paredes, calcificaciones y septos irregulares y gruesos, contenido heterogéneo	No capta	Si persisten dudas exploración quirúrgica
IV	Paredes muy gruesas y no uniformes, nodular	Capta	Tratamiento quirúrgico

Sigue siendo la clasificación más útil para evaluar quistes renales, relaciona la probabilidad de malignidad con la presencia o no de diferentes hallazgos. Fue descrita inicialmente para TC, pero también se contempla su utilidad en la ecografía y ecografía con contraste. Establece 5 categorías, de menor a mayor probabilidad de malignidad. Ver **TABLA 1.1**.

Con las características representativas de cada categoría de esta clasificación, podemos determinar las posibilidades de malignidad de una lesión y, de forma secundaria, saber cuál debe ser nuestra actitud a tomar, evitando al paciente controles innecesarios si estamos ante un quiste simple o, por el contrario, realizar controles o pruebas complementarias si descubrimos un quiste complejo.

## CONCLUSIONES

En los últimos años se ha incrementado la detección de tumoraciones renales debido al aumento de estudios radiológicos. Hasta un 15% de ellas son quísticas, presentando características que pueden solaparse con las de los quistes benignos complejos. La clasificación más empleada para evaluar y catalogar la probabilidad de malignidad de las lesiones quísticas renales sigue siendo la de Bosniak. Es útil para sugerir el tratamiento correcto en una multitud de pacientes, y así evitar una cirugía innecesaria.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bora Özveren, Efe Onganer, Levent N. Türkeri, Simple Renal Cysts: Prevalence, Associated Risk Factors and Follow-Up in a Health Screening Cohort, Simple Renal Cyst Prevalence-Ozveren et al. Vol 13 No 01 January-February 2016.
2. Anna-Maria Nahm and Eberhard Ritz. The simple renal cyst, Renal Ultrasonography Lesson, Nephrol Dial Transplant (2000) 15: 1702–1704.
3. Chang-Chi Chang, Junne-Yih Kuo, Wan-Leong Chan, Kuang-Kuo Chen, Luke S. Chang, Prevalence and Clinical Characteristics of Simple Renal Cyst, J Chin Med Assoc. November 2007 Vol 70. No 11.
4. Morton A. Bosniak, MD, the Bosniak Renal Cyst Classification: 25 Years Later, Radiology: Volume 262: Number 3—March 2012.
5. J.M. Alapont Alacreu, A. Andreu García, e. Herrero Polo, e. Schiefenbusch Munne, R. Botella Almodóvar, JI. Brotons Márquez, G. Llamazares Cachá, Quiste Renal Complejo. a propósito de un caso, Actas Urol Esp vol.28 no.8 sep. 2004.

Recepción: 10 Abril de 2018

Aprobación: 10 Julio de 2018

## PSICOSIS POSTPARTO (Postpartum psychosis)



<sup>1</sup> Dr. Carlos Fonseca Villanea

<sup>1</sup>Essity - A Leading Hygiene and Health Company, San José, Costa Rica

[carlosfonsvilla@hotmail.com](mailto:carlosfonsvilla@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5719-3531>

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>

### RESUMEN

Se exhibió una revisión sobre la presentación clínica para el diagnóstico de psicosis postparto. Inicialmente se aclaran definiciones de conceptos básicos sobre trastornos de este espectro psiquiátrico. Asimismo, se habla acerca de las posibilidades de diagnóstico de psicosis. Finalmente, se explican los diferentes esquemas terapéuticos que pueden ser utilizados en estos cuadros clínicos.

**PALABRAS CLAVE:** Delirio, alucinación, síntomas negativos, discurso desorganizado, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión psicótica, postparto.

### ABSTRACT

A review of the clinical presentation for diagnosis of postpartum psychosis is presented. Initially definitions some basic concepts of psychiatric disorders in this spectrum are clarified. Also, clinical signs applicable to the diagnosis psychosis speech are explained. Finally, different therapeutic regimens that can be used in these clinical pictures are explained.

**KEY WORDS:** Delirium, hallucination, negative symptoms, disorganized speech, bipolar disorder, schizoaffective disorder, psychotic depression.

<sup>1</sup>Médico general, graduado de Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).  
Médico en Essity -A Leading Hygiene and Health Company, San José, Costa Rica.  
Código médico: 13929.  
[carlosfonsvilla@hotmail.com](mailto:carlosfonsvilla@hotmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Las mujeres postparto son más susceptibles a desarrollar algún trastorno psiquiátrico, puede alcanzar una incidencia entre 50-70% de las mujeres en dicho periodo. Entre los cuales

destacan la depresión post parto (8-20%) y la psicosis postparto (0.14-0.26%).

Esta última viene siendo de aun mayor significado ya que las mujeres bajo esta condición tienen mayor riesgo tanto de suicidio como infanticidio. Por lo que este

cuadro se debe de manejar de forma temprana.

Es fundamental el concepto de buena salud perinatal para prevenir los trastornos psíquicos puberales; que integra las buenas relaciones sociales, psicológicas, ambientales y biológicas. Es de suma importancia para detección temprana agendar la cita postparto antes de las seis semanas en mujeres que reflejen síntomas depresivos o psicóticos en el postparto inmediato, quienes cursan con una depresión de base, o presenten historia de depresión o psicosis postparto previa.

El manejo principal debe incluir una hospitalización temprana para asegurar el bienestar de la paciente y el neonato; además de medicamentos antipsicóticos y terapia de cualquier trastorno subyacente.

## CONCEPTOS RELEVANTES

Se debe entender como:

### 1. PERIODO POSTPARTO

La etapa que se extiende desde expulsión placentaria hasta un periodo de seis a doce semanas, en dicha etapa ocurren múltiples cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos. Algunos dividen el periodo postparto por etapas:

- *Puerperio inmediato*: engloba los cambios ocurridos en las primeras veinticuatro horas posteriores al alumbramiento.
- *Puerperio mediato*: se amplía hasta la semana postparto
- *Puerperio remoto*: incluye el periodo de tiempo que se toma para la

involución de los órganos pélvicos y retorno de la menstruación.

### 2. DELIRIO

Es un concepto psiquiátrico definido por cinco características principales: La alteración de la atención y/o concentración, dicha alteración debe ocurrir en un periodo corto de tiempo y representa un cambio del estado normal que tiene a fluctuar durante el día. Alteraciones cognitivas (desorientación, memoria, percepción) no puede ser explicado por otro trastorno mental y tampoco hay evidencia en historia clínica, examen físico o laboratorios de que trastorno sea explicado mejor por una enfermedad subyacente ni asociada con uso de abstinencia de sustancias o medicamentos.

### 3. ALUCINACIÓN

Se define como experiencias sensoriales, vigilia de contenido que no está realmente presente. Se diferencian de las ilusiones, que son distorsiones o malas interpretaciones de los estímulos sensoriales reales.

Mientras que las alucinaciones pueden ocurrir en cualquiera de las cinco modalidades sensoriales, alucinaciones auditivas (por ejemplo, escuchar voces) son los más comunes, seguidos por las visuales, táctiles, olfativas, gustativas y alucinaciones. Además, de los anteriores los síntomas negativos son característicos de la psicosis postparto, estos se conceptualizan como una ausencia o disminución de los procesos normales, pueden incluir expresividad disminuida, apatía, afectará plana, y una falta de energía.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La psicosis postparto suele presentarse luego de dos semanas del nacimiento, siendo delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado los síntomas pivotes que caracterizan el cuadro. Durante este trastorno también se pueden presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre los se encuentran: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y dificultad para conciliar el sueño no asociado al recién nacido. Existen otros trastornos psiquiátricos que con frecuencia se relaciona a la psicosis postparto.

La psicosis posparto puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto. Las mujeres que dejan los medicamentos estabilizadores del ánimo antes o durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de psicosis posparto. Para las mujeres sin historia previa, un episodio psicótico después del parto puede ser la primera manifestación de un trastorno bipolar.

La psicosis posparto también se presenta con episodios maníacos, depresivos o mixtos en el trastorno esquizoafectivo. La característica distintiva de esta enfermedad, en comparación con el trastorno bipolar, es la historia o subsiguiente desarrollo de la psicosis crónica sin síntomas de estado de ánimo. Esta condición se presenta varios meses después del parto. Las características psicóticas se producen en relación con los síntomas depresivos

graves. La psicosis a menudo adopta la forma de delirios paranoides de persecución. Ni las alucinaciones ni la agitación son comunes. La depresión psicótica es a menudo precedida por la depresión posparto no tratada desde hace mucho tiempo. Clínicamente, se denomina a continuación como "inicio tardío psicosis posparto".

## DIAGNÓSTICO

El DSM-5 no clasifica psicosis postparto como una entidad separada, sino que la utiliza como especificador de otro grupo de trastornos psiquiátricos como son el trastorno bipolar, depresión psicótica, y trastorno esquizoafectivo; utilizándolos como -con aparición postparto siempre que inicie en las primeras cuatro semanas postparto.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los síntomas psicóticos pueden estar asociados con una amplia variedad de enfermedades psiquiátricas y médicas. Las características clínicas de la psicosis no son patognomónicas de diagnósticos concretos, pero pueden proporcionar evidencia sugerente de que la causa sea psiquiátricas frente etiología médica.

Entre las características que ayudan al clínico en determinar si está asociado con trastornos psiquiátricos primarios (psicóticos) se encuentran:

- Existencia de historia familiar, que tenga un inicio insidioso
- Inicio entre la adolescencia antes de los treinta años
- Presentación variable y alucinaciones auditivas.

Por otro lado, existen características que pueden ser útiles para determinar que su etiología se asocie a una condición médica primaria:

- Inicio agudo
- Inicio a los cuarenta años o más, presentes en la configuración general de la atención médica o intensivos
- Presencia de alucinaciones no auditivas (ej. visuales, táctiles, olfativas).

Cada caso debe ser evaluado a fondo; posibles causas de la psicosis no deben ser excluidos en virtud de estas características por sí solas.

Una historia clínica, examen físico, examen del estado mental, y las pruebas adicionales como se indica puede ayudar a reducir el diferencial, descartar las psicosis con causas subyacentes tratables, y guiar la intervención o derivación apropiada.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO

Inicialmente se deben excluir otras causas de trastornos psicóticos e iniciar el respectivo abordaje en el caso de presentar una condición subyacente.

### A. MANEJO AGUDO

Es de suma importancia que la paciente sea hospitalizada principalmente para garantizar la seguridad tanto de ella como del recién nacido. La madre no debe ser dejada con neonato sola, por lo que se recomienda que toda interacción sea llevada bajo estricta supervisión inclusive en horas de lactancia.

### B. FARMACOTERAPIA

La siguiente prioridad debe de ser tratar las diferentes manifestaciones clínicas que se presenten ya sean delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado o insomnio.

Es importante establecer que la lactancia materna no es ninguna contraindicación para iniciar tratamiento con antipsicóticos, sin embargo, se debe determinar el riesgo beneficio de iniciar esta clase de fármaco, puesto que pueden secretar por medio de la leche materna, por lo que a pesar de que se ha demostrado que estos niveles son clínicamente insignificantes para el neonato, se deben utilizar con cautela.

#### • ANTIPSICÓTICOS

Son la clase de fármaco de primera línea para psicosis y agitación en caso de psicosis postparto. Se ha demostrado que el riesgo de efectos adversos es comparable con casos de psicosis no puerperal.

Se prefiere el uso de antipsicóticos atípicos por sus propiedades estabilizadoras del estado de ánimo y su bajo riesgo de síntomas extrapiramidales y discinesia tardía. Se prefieren Olanzapina, Quetiapina y Risperidona antes que otros fármacos de la misma clase debido a que con estos hay mayor experiencia clínica en embarazo y lactancia.

A su vez se recomienda una adecuada monitorización de niveles de glicemia, perfil lipídico y aumento de peso, efectos adversos típicos tras el uso de estos fármacos. Se debe buscar la remisión

clínica y se recomienda prolongar tratamiento hasta por un año para reducir recaídas y se debe considerar profilaxis de por vida antes la posible recaída sin medicación según valoración de factores de riesgo principalmente debido a ideación suicida.

#### • OTROS MEDICAMENTOS PSICÓTICOS

Aunque no han sido evaluados en ensayos controlados en psicosis posparto, son : benzodiazepinas como lorazepam y el clonazepam se han encontrado para ser complementos eficaces a los antipsicóticos para inducir el sueño o el control de la agitación en otros trastornos psicóticos. La intervención temprana para promover el sueño en la psicosis posparto puede evitar o atenuar el episodio psicótico.

Otros medicamentos psicotrópicos, tales como estabilizadores del ánimo y antidepresivos, se escogen según la diagnosis primaria del paciente (por ejemplo, la manía bipolar y la depresión bipolar, depresión unipolar, o trastorno esquizoafectivo).

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

Respecto a la lactancia materna se establece que solo pacientes con cuadros leves o moderados se les

autorice la misma. Algunas pacientes pueden condicionar la adherencia terapéutica si se les permite realizar lactancia materna. Pacientes que han presentado cuadros de psicosis postparto que han descontinuado terapia estabilizadora del estado de ánimo están ante un alto riesgo de reincidencia por lo que deben de llevar una estricta vigilancia por el personal de salud a cargo posterior al egreso de centros hospitalarios.

#### CONCLUSIÓN

El pronóstico es generalmente favorable, con una curación del 70 a 80% de los casos. Los estudios de larga duración indican que de un 10% a un 15% de la psicosis postparto evolucionan a una esquizofrenia crónica.

La psicosis postparto requiere un reconocimiento temprano, con un manejo pluridisciplinario. Se tiene que tener claro que la psicosis puerperal es una urgencia psiquiátrica, pues compromete el pronóstico de madre-hijo, por el riesgo de agresión que presenta el trastorno. Actualmente, se está desarrollando el concepto de psiquiatría perinatal que tiene como objetivo ayudar a las madres a prevenir lo más precozmente posible las alteraciones psiquiátricas posteriores al parto y garantizar un buen desarrollo mental del neonato.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. DeCherney, A. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a edición, pág. 190213, México DF. Mc Graw Hill.

2. Gabbe, S. et al. (2012). *Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*. VI edición, Philadelphia: Saunders.
3. DeCherney, A. (2013). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11a edición, pág. 190213, México DF. Mc Graw Hill.
4. Gabbe, S. et al. (2012). *Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*. VI edición, Philadelphia: Saunders.
5. J. Heron (2008). Early Postpartum symptoms in Puerperal Psychosis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. London, UK.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual*, 5th ed, APA Press, Washington, DC 2013.
7. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Page 37-40.
8. Sadock, B, Sadock, V. & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría*. 11 edición. WoltersKluwer.

Recepción: 5 mayo de 2018

Aprobación: 10 julio de 2018

# MANEJO DE VULVOVAGINITIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

(Management of vulvovaginitis in primary care)



<sup>1</sup> Dr. Esteban Sánchez Gaitán

*Red integrada de prestación de servicio de salud Huetar Atlantica, Limón, Costa Rica*

[estebansanchezgaitan@hotmail.com](mailto:estebansanchezgaitan@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0001-9137-2069>

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.305>

## RESUMEN

Las vulvovaginitis son las inflamaciones de la vulva y la vagina. Las principales etiologías son: *Candida albicans*, *Gardenerella vaginalis* y *Trichomonas*, es una causa muy común de consulta en la atención primaria, entre ellas, la vulvovaginitis por tricomona es una infecciones de transmisión sexual la cual necesita tratamiento para la paciente y la pareja. La vulvovaginitis no provee de complicaciones especialmente en las embarazadas, su tratamiento depende de la etiología.

**PALABRAS CLAVES:** vulvovaginitis; candida albicans; tricomoniasis; vaginosis bacteriana; vaginitis.

## ABSTRACT

Vulvovaginitis is inflammation of the vulva and vagina. The main etiologies are: *Candida albicans*, *Gardenerella vaginalis* and *Trichomonas*, is a very common cause of consultation in primary care, among them, trichomone vulvovaginitis is a sexually transmitted infection which needs treatment for the patient and the couple. Vulvovaginitis does not provide complications especially in pregnant women, its treatment depends on the etiology.

**KEY WORDS:** vulvovaginitis; candida albicans; trichomonas infections; vaginosis; bacterial; vaginitis.

<sup>1</sup> Médico general, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), médico en Caja Costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica Código médico: 11209.  
[estebansanchezgaitan@hotmail.com](mailto:estebansanchezgaitan@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La vagina es un delicado ecosistema dinámico, en el que interactúan varios factores, uno de ellos es la flora bacteriana normal que está dominada por los lactobacilos. Los lactobacilos mantienen el

entorno ácido característico de la vagina, con ello inhibe el sobrecrecimiento de las bacterias y otros organismos potencialmente patógenos. Este ecosistema puede verse atacados o modificados por diversas

circunstancias, produciéndose así una infección clínica. Las infecciones vaginales son una de las consultas más comunes en la práctica médica diaria, siendo la vaginitis candidiásica, tricomoniasis y la vaginosis bacteriana las 3 más frecuentes.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son aquellas enfermedades que la principal vía de infección es el contacto íntimo. Existe un número significativo de pacientes que acuden al servicio de emergencia por estas infecciones, esto se debe a lo florido del brote y por la sintomatología, los pacientes solicitan una solución rápida. En caso de las mujeres embarazadas, ellas consultan por las consecuencias que pudiera tener para el feto. Estas enfermedades tienen muchos síntomas clínicos, siendo el flujo vaginal excesivo o molesto, la principal razón por la cual, las mujeres acuden(1)

Las vulvovaginitis corresponden a las inflamaciones de la vulva y la vagina, por lo general la etiología es secundaria a una infección. Los principales agentes etiológicos son: *Cándida albicans*, *Gardenerella vaginalis* y *Trichomonas* (2)

Existe un aumento de consultas médicas por parte de los adolescentes, siendo las causas más frecuentes las infecciones por *Chlamydia Trachomatis*, *Virus Papiloma Humano* y *Virus Herpes simple*.

Este artículo pretende actualizar el tema de vulvovaginitis, para un temprano y correcto abordaje en la atención primaria.

## MÉTODO

Para la elaboración de este artículo se usó buscadores científicos, de universidades y sociedades científicas además también catálogos y bases de datos, como filtro se usó solo los artículos de relevancia

científica, y actualizados, como búsqueda se utilizaron los términos como: -vulvovaginitis, -candidiasis, -tricomoniasis, -vaginosis bacteriana. Se seleccionaron 16 artículos, los cuales tuvieron mayor relevancia con los temas que se querían exponer en el artículo.

## DEFINICIÓN

La vulvovaginitis es cualquier proceso inflamatorio de la vagina y la vulva que, fundamentalmente, se manifiesta por leucorrea, prurito, escozor y/o dispareunia (3) Puede clasificarse en inespecíficas y específicas, según los factores etiológicos involucrados. De esta manera, las vulvovaginitis inespecíficas son aquellas en las que se encuentra una flora bacteriana mixta (predominante en la etapa prepuberal) y las vulvovaginitis específicas son aquellas en las que se detecta un germen específico, generalmente único, que no forma parte de la flora endógena de la vagina (4)

## EPIDEMIOLOGÍA

En Estados Unidos un 65% de las estudiantes de secundaria ha tenido relaciones sexual con penetración vaginal, más de 1/3 ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses y un 15% ha tenido 4 o más parejas sexuales desde el inicio de su actividad sexual. Estas conductas de altísimo riesgo en sexualidad quedan demostradas en las cifras alarmantes de ETS, con las tasas más altas de infección por *Chlamydia* y *N.gonorrhoeae* entre adolescentes mujeres de 15 a 19 años, al compararlo con todos los otros rangos etarios (5).

En un estudio realizado por Laspina y cols. se estudiaron 196 niñas menores de 12 años aislando 330 microorganismos, se obtuvo

como resultado: *Gardenerella vaginalis* (17%) y *Cándida sp* (13%). La vulvovaginitis de origen infeccioso estuvo presente en 52.6%, y el resto estaría relacionado con falta de higiene, y generalmente responde a tratamientos sintomáticos sin antibióticos. (6)

## ETIOLOGÍA

La inflamación de la mucosa vaginal, Alrededor del 90% están causadas por *cándida*, *trichomonas* o son vaginosis bacterianas. (7)

### • VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA

La infección por hongos vaginales son la segunda causa de infecciones vaginales después de la vaginosis bacteriana, no se considera una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, existe un mayor riesgo de infección por hongos vaginales al tener actividad sexual regular. También hay indicios de que las infecciones pueden relacionarse con el contacto entre la boca y los genitales (sexo oral-genital).

Esta infección representa el 25% de las vaginitis, se considera vulvovaginitis recurrente cuando existen más de cuatro episodios en un año (8).

Para su diagnóstico es preciso analizar el PH vaginal, el cual se encontrará entre 4,2 y 4,7 (igual que en la paciente asintomática). Se realizará un examen en fresco y una segunda extensión con KOH al 10% (Test de Whiff), en este Test se debe observar hifas. Sus características son:

**Agente:** suele estar implicada una sola especie de *Cándida*, pero hay un 2 al 5% de probabilidad de que se aislen dos o más especies. Entre un 85 y un 95% de los aislamientos corresponden a *Cándida*

*albicans* (9), y los aislamientos restantes pertenecen generalmente a *Cándida glabrata*, esta última es más frecuente en mujeres diabéticas.

**Clínica:** el 75% de las mujeres sexualmente activas presenta un episodio vulvovaginitis candidiásica a lo largo de su vida. De ellas un 45 a 50% desarrollará dos o más episodios y un 10 a 20% se complicará. Para saber la diferencias entre las vulvovaginitis candidiásica complicadas y no complicadas. Ver **TABLA 1**.

La clínica clásica es la presencia de leucorrea blanca, cuajada, prurito vulvovaginal, escozor y dispareunia; un tercio de las mujeres infectadas no presenta ni escozor ni prurito, y más del 50% no tienen leucorrea. Los síntomas son más intensos los días previos a la menstruación. (10)

**TABLA1.** Diferencia entre vulvovaginitis candidiásica

Vulvovaginitis candidiásica no complicadas	Vulvovaginitis candidiásica complicadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esporádica o infrecuentes</li> <li>• Síntomas más leves o moderados</li> <li>• Infección por <i>cándida albicans</i></li> <li>• Pacientes inmunocompetentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurrente ( 4 o más episodios en 1 año)</li> <li>• Síntomas severos</li> <li>• No infectado por <i>cándida albicans</i></li> <li>• Pacientes diabéticas mal controladas</li> <li>• Pacientes inmunodeprimidas</li> </ul>

**Fuente:** López Álvarez, X. L., & García Seijo, P. *Fisterra*2016.

**Diagnóstico:** es de suma importancia una completa y detallada historia clínica y el examen ginecológico con pruebas de laboratorio, dada la baja sensibilidad de los síntomas y signos, evitando así sub diagnosticar la infección por *trichomonas* en la que los síntomas son similares .

El diagnóstico definitivo se realiza con cultivo positivo para *Candida* y/o tinción de Gram en la que se observen levaduras (11)

**Tratamiento:** la vía de administración es opcional y en los casos no complicados puede concertarse con la paciente, entre las opciones de tratamiento tenemos el Clotrimazol en crema (2%, 5 g al día por 3 días) u óvulos (100 mg al día durante 7 días) o clotrimazol 100 mg, 2 comprimidos 3 días o clotrimazol 500 mg (dosis única) o miconazol 2% crema 5 g intravaginal por 7 días o miconazol 100 mg (un óvulo al día 7 días).

En caso de candidiasis de repetición se debe indicar cultivos, tratar a la pareja sexual y descartar patología concomitante.

- VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más común de molestias vaginales, muy prevalente a nivel global en mujeres en edad fértil, sexualmente activa.

La VB se origina por la alteración del ecosistema de la vagina, debido a un cambio de la flora bacteriana de la vagina, donde la población predominante pasa de lactobacilos, hacia una colonización de microorganismos (bacterias anaeróbicas principalmente) tales como *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus*, *Prevotella sp* y uno identificado más recientemente el *Atopobium vaginae*, entre otros microorganismos gram negativos (12) Existe una simbiosis entre los lactobacilos vaginales y los ciclos hormonales en las mujeres, porque estos estimulan el epitelio vaginal a producir glucógeno él es metabolizado a ácido láctico (responsable del pH menor de 4.5), esto hace que el ecosistema ácido no permita el crecimiento de patógenos potenciales.

En Norteamérica 1 de cada 3 mujeres tienen VB (13). En Latinoamérica, Chile reporta hasta un 32%, en Brasil se reportan prevalencias de más de 30%, ya sea con pruebas de pH y KOH, o con puntaje de Nugent (14). Es de suma importancia reconocer y tratar la VB, porque está asociado a problemas obstétricos y ginecológicos como parto prematuro; bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, endometritis posparto, enfermedad inflamatoria pélvica. Sus características son:

**Agente:** es una alteración de la flora vaginal normal, con una reducción de la concentración de lactobacilos facultativos y, consecuentemente del pH vaginal junto al aumento de otros microorganismos, especialmente lactobacilos (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*, *Bacteroides*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, etc) (15)

**Factores de riesgo:**

- Infecciones concomitantes
- Actividad sexual, múltiples parejas sexuales.
- Mala higiene
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Estado inmunitario deficiente
- Uso de antibióticos.
- Patología genital, sangrado uterino anormal y factores hormonales.
- Periodo menstrual
- Situación socioeconómica baja.

**Diagnóstico:** se ha usado los criterios de Amsel que incluyen: la prueba de KOH para detección de aminas, presencia de células clave, pH mayor de 4.5 y el característico flujo vaginal homogéneo. Se considera diagnóstico de VB si cumple 3 de los 4 criterios de Amstel. Existe evidencias que indican que entre un 50% y 80% de las mujeres pueden ser asintomáticas. También existen los criterios de Nugent, que permite una mejor

identificación de las bacterias causantes de VB, El test de Nugent se basa en una puntuación que se le aplica a la observación microscópica del flujo vaginal, esto conlleva a una relación en la clínica, ya que si el resultado oscila entre 0 a 3 puntos se considera Flora bacteriana normal, si el resultado oscila entre 4 a 6 puntos el resultado es Intermedia, pero si se encuentra entre 7 y 10, se tratará de una vaginosis bacteriana. La puntuación de Nugent ha demostrado ser un método de alta confiabilidad, con una muy buena reproducibilidad y validez, rápido y con una mejor relación costo-beneficio, siempre y cuando esté estandarizado (16)

**Clínica:** flujo o leucorrea vaginal fluida blanca o grisáceo, fetidez y olor a pescado, sin dolor, comezón, picazón o irritación. (7). Aunque existen pacientes que son asintomáticas.

**Tratamiento:** se trata a todas las mujeres gestantes, mientras que a las mujeres no gestantes solo a las sintomáticas o a las asintomáticas que van a ser sometidas a procedimientos quirúrgicos invasivos (biopsia de endometrio, histeroscopia, inserción de DIU o histerectomía).

El tratamiento es:

Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días ó metronidazol gel 0,75% 5 g intravaginal cada 24 horas durante 5 días ó clindamicina crema 2% 5 g intravaginal antes de acostarse durante 7 días.(9)

- VAGINITIS TRICOMONIASIS

La tricomoniasis vaginal es una de las ETS más frecuentes, se estima que existen 5 millones de casos nuevos anualmente en EE.UU. Es responsable de entre el 10% al 25% de las infecciones vaginales, aunque su

incidencia está disminuyendo en los países industrializados (17). Esta infección se transmite por vía sexual, considerándose la transmisión vertical perinatal, como el único modo no sexual de transmisión.

La tricomoniasis vaginal se asocia hasta en un 30% con otras enfermedades venéreas, se ha evidenciado que esta infección incrementa la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) multiplicando por dos el riesgo.

**Agente:** *trichomonas vaginalis*, es un protozoo móvil, flagelado, anaerobio, de forma ovoide, con una longitud de 10 a 20 µm. Presenta en su membrana externa distintos antígenos, relacionados con su patogenicidad, lo que permite diferenciar diversos biotipos.

**Clínica:** se caracteriza por la existencia de flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa, fetidez, disuria (cuando hay infección uretral), dolor pélvico bajo, vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis, cuello uterino en fresa o con puntillero rosado).(7), aunque se ha visto que puede ser asintomático en el 10-50% de los casos. A la exploración se destaca una vulvitis y enrojecimiento de la mucosa vaginal. El cérvix se muestra congestivo y friable, en -frambuesal y al examen colposcópico es típica una colpitis a puntos rojos (1).

**Diagnóstico:** Sus manifestaciones clínicas, aunque sugestivas, no son lo suficientemente específicas ni sensibles como para permitir realizar un diagnóstico adecuado. Por ello resulta necesaria la identificación del patógeno, que puede llevarse a cabo con medios sencillos como son los requeridos para un examen en fresco de la secreción vaginal.(18).

Es importante identificar el pH vaginal que será superior a 5 (5-6,5), en el examen en fresco se visualizará al parásito móvil y flagelado, de mayor tamaño a los

**TABLA 2:** Características clínicas de la vulvovaginitis

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa moderada	Blanco amarillento	Grumosa	Indiferente
Trichomonas	Aumentada	Amarillo verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco grisáceo	Homogéneo adherente	Maloliente

**Fuente:** M. Ibarrola, J. Benito, B. Azcona, N. Zubeldía. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. An. Sist. Sanit. Navar

leucocitos acompañado de gran cantidad de polimorfonucleares. Es de mucha ayuda la tinción con Giemsa, citología cérvicovaginal y cultivos de Trichicult o Diamond.

**Tratamiento:** El tratamiento con metronidazol es de elección, no existiendo en la actualidad otras alternativas igual de eficaces. Este tratamiento debe ser simultáneo en la pareja. Las pautas de tratamiento son metronidazol 2 g vo dosis única o metronidazol 500 mg/12h/7días o tinidazol 2 gr vo dosis única.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

Existe puntos clave para la correcta identificación de estos patógenos, ya que con ello evitaremos el tratamiento tardío y las complicaciones que esto puede conllevar Ver. **TABLA 2.**

## COMPLICACIONES

En general, la vaginitis no causa complicaciones. Sin embargo, pueden causar problemas en las mujeres embarazadas.

Según estudios se ha comprobado que la vulvovaginitis causada por bacterias y la vulvovaginitis tricomoníasis puede causar nacimientos prematuros, aumenta el riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones durante

relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada.

La vulvovaginitis candidiásica, es una infección que tiende a repetirse, se ha visto que hasta la mitad de las mujeres con candidiasis vaginal presenta una segunda infección.

La vaginitis recurrente puede afectar significativamente la calidad de vida y tienen impacto significativo en la vida sexual de las mujeres afectadas.

## CONCLUSIÓN

Las molestias vulvovaginales constituyen la consulta médica más común en atención primaria. Se diagnostican en una cuarta parte de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico y cerca de un 20% las han sufrido en el año anterior, es por ello la gran importancia en el temprano diagnóstico y acertado tratamiento. En latinoamérica existen casos de autodiagnósticos y autotratamiento, es por ello que los pacientes deben concientizarse de que la consulta al médico es la mejor opción para su salud, ya que muchas veces este autotratamiento es erróneo, y se podría estar alargando el tiempo de una infección potencialmente contagiosa y aumentar las probabilidades de complicaciones.

Sabemos que más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, también sabemos

que la transmisión sexual ocupa un papel importante. Las causas de vulvovaginitis son esencialmente: vaginosis bacteriana (la primera más frecuente), la vulvovaginitis candidiásica y las tricomoniasis.

Esta última es considerada infección de

transmisión sexual por lo cual es imprescindible sensibilizar a la paciente para que el tratamiento sea usado también por la pareja.

## BIBLIOGRAFIA

1. M. Ibarrola, J. Benito, B. Azcona, N. Zubeldía. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet] 2015 [Consultado 22 Junio 2019];32 ( 29-38). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia3.pdf>
2. Gannoni B, Silvana Bórquez R. Vulvovaginitis e infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011 01;22(1):49-57. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70392-3](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70392-3)
3. Fernández, M., & Lombardía, J. *Vulvovaginitis y cervicitis en la práctica diaria* [Internet]. España, Toledo . Elsevier. [Consultado 3 Jul 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-vulvovaginitis-cervicitis-practica-diaria-13025456>
4. Moreno-González AM, Sánchez-Medina J, Romano-Mazzotti L. Características clínicas de las vulvovaginitis en pacientes prepúberes: aspectos de interés para la práctica médica en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*. 2013 04;20(2):33-34. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30085-2](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30085-2)
5. Shafii T, Burstein GR. The Adolescent Sexual Health Visit. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2009 03;36(1):99-117. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.01.001>
6. Moreno-González AM, Sánchez-Medina J, Romano-Mazzotti L. Etiología y tratamiento de las vulvovaginitis en un grupo de pacientes prepúberes. *Atención Familiar*. 2013 04;20(2):51-54. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30089-x](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30089-x)
7. Castellanos, R., & Hernández, T. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VAGINITIS INFECCIOSA en Mujeres en edad Reproductiva En el Primer nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA [Internet] 2014[Consultado 10 Junio 2019] Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/081\\_GPC\\_Vaginitisinfec1NAVaginitis\\_ER\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/081_GPC_Vaginitisinfec1NAVaginitis_ER_CENETEC.pdf)
8. Ibarrola M., Benito J., Azcona B., Zubeldía N.. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos tubo-ováricos. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2009 [citado 2019 Nov 15] ; 32( Suppl 1 ): 29-38. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200004&lng=es)
9. Fidel PL. History and Update on Host Defense Against Vaginal Candidiasis. *American Journal of Reproductive Immunology*. 2007 01;57(1):2-12. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0897.2006.00450.x>

10. López Álvarez, X. L., & García Seijo, P. *Fisterra*[Internet] 2016 [Consultado 10 Julio 2019]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/vulvovaginitis/>
11. Gigliola Cannoni B, Silvana Bórquez R. Vulvovaginitis e Infecciones de Transmisión Sexual en la Adolescencia. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet] 2011 [Consultado 22 Agosto 2019]; 22(1) 49 – 57. Disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/6\\_Dra\\_Cannoni-8.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/6_Dra_Cannoni-8.pdf)
12. Zúñiga A, Tobar-Tosse F. Vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*: Nuevas enseñanzas desde la ecología molecular. *Salutem Scientia Spiritus* 2015; 1(1):29-36. Disponible en: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/986680/03\\_vol01\\_num01\\_2015.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/986680/03_vol01_num01_2015.pdf)
13. López-Torres L, Chiappe M, Cárcamo C, Garnett G, Holmes K, García P. Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 08 16;33(3):448. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2350>
14. Lillo G E, Lizama I S, Medel C J, Martínez T MA. Diagnóstico de vaginosis bacteriana en un consultorio de planificación familiar de la Región Metropolitana, Chile. *Revista chilena de infectología*. 2010 06;27(3). <https://doi.org/10.4067/s0716-1018201000300002>
15. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*. 1983; 74(1):14-22. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(83\)91112-9](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(83)91112-9)
16. Rafael Salvador Santos Fonseca; Pedro Rafael Casado Méndez; MSc. Onelia Méndez Jiménez; MSc. Vianney Martínez Méndez; Dania Jiménez Almaguer; Liliana Clotilde Cordoví Álvarez. Efectividad del sistema de puntuación de Nugent en el diagnóstico de vaginosis bacteriana. *Rev. Arch Med Camagüey* [Internet] 2017 [Consultado 22 Agosto 2019] Vol21(6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2017/amc176f.pdf>
17. Kent HL. Epidemiology of vaginitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991 Oct;165(4):1168-1176. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(12\)90722-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(12)90722-x)
18. Cancelo Hidalgo M, Cancelo Hidalgo C, Chavida García F. Vaginitis por *Trichomonas*. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2005 03;31(3):121-124. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(05\)72897-5](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(05)72897-5)

Recepción: 15 mayo de2018

Aprobación: 15 julio de2018

## 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](mailto:revistamedicasinergia@gmail.com) o ingresados directamente a la página de la revista: [www.revistamedicasinergia.com](http://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](http://www.revistamedicasinergia.com), sino también lo puede solicitar a: [revistamedicasinergia@gmail.com](mailto: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 encuentra en : [www.revistamedicasinergia.com](http://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](mailto:revistamedicasinergia@gmail.com)

Encuétranos en: [www.Revistamedicasinergia.com](http://www.Revistamedicasinergia.com)

# Índice

## REVISIONES BIBLIOGRAFICAS

### AREA DE CIRUGÍA

Diagnóstico ultrasonográfico de quistes renales simples y clasificación de Bosniak

*Dra. Catalina Irene Sánchez Montero* ..... 3

### AREA DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

Psicosis postparto

*Dr. Carlos Fonseca Villanea* ..... 7

Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria

*Dr. Esteban Sánchez Gaitán* ..... 13

Instrucciones de publicación ..... 21