



ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Boletín 93. Septiembre 2022

# ASAGIO

ASOCIACIÓN ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**Academico-científico**

**3**

Leucorrea patológica desde la microbiota vaginal

**Historia**

**15**

Doscientos años del natalicio de Manuel Uribe Ángel

**Opinión**

**17**

¿Dónde están todos?

## » Editorial

La pandemia de Covid nos dejó ausencias, enseñanzas y algunos cambios en la manera de interactuar.

En la incertidumbre de la pandemia ASAGIO dejó de publicar su Boletín. Ahora regresamos con ánimo renovado y el entusiasmo de compartir un contenido didáctico, ameno y reflexivo producido por nuestros asociados, a quienes invitamos cordialmente a leerlo y a enviar sus aportes.

Este editorial es una reflexión sobre nuestra interacción como colegas.

Una queja no muy infrecuente de los médicos que realizan traslados primarios es la actitud con la que son recibidos por sus colegas en los niveles superiores de atención.

Esa es una pequeña muestra de nuestra poca unión como gremio, falta de empatía y solidaridad entre colegas.

Suelen relatar los médicos remitentes que se les cuestionan sus manejos, a veces por considerar muy prematura la remisión y otras por creerla muy tardía; haciendo ininteligible el mensaje. Pareciera que les molestará recibir al paciente.

Es loable compartir el conocimiento y enseñar a nuestros pares, siempre en un ambiente cariñoso y amigable, no con la recriminación y falta de asertividad.

Otro aspecto de la relación entre colegas es el que tiene que ver con la oferta laboral y de tarifas.

Hace algunos años en Colombia, algunos grupos de mucha fortaleza financiera, han adquirido algunas de las IPS privadas del país.

Una de sus estrategias ha sido la disminución de tarifas al cliente externo e interno, lo que ha contribuido al desequilibrio financiero de otras instituciones que prestan servicios obstétricos semejantes, llevando al cierre de algunas de ellas.

Otra consecuencia de la disminución de tarifas al cliente externo, es la concentración y congestión de los servicios en las instituciones que lo hacen, con el consiguiente deterioro en la calidad de la atención y estrés laboral para sus trabajadores.

En algunas partes del país se ha visto movimientos laborales por la falta de ajuste a las tarifas del cliente interno, las cuales son muy antiguas y no compensan la inflación o, peor aún, el ofrecimiento de unas inferiores; a los especialistas que ya venían laborando en la institución y vuelve a aparecer el fenómeno de la falta de unión gremial.

En algunas de esas ocasiones, el grupo ya instalado ha logrado negociaciones exitosas, pero no siempre sucede de esa manera. En otras ocasiones terminan siendo reemplazados por colegas, tal vez algunos inocentemente, pero otros con pleno conocimiento de lo que está sucediendo y que aceptan esas tarifas inferiores.

Es sospechoso, por decir lo menos, recibir una oferta laboral de un lugar fuera de nuestra residencia habitual donde se sabe que hay colegas que lo pueden hacer. Esto debería llamar la atención para investigar un poco más a fondo las condiciones de la oferta y de los colegas que viven en esa región.

No se puede juzgar sin conocer la situación personal de cada quien y sus necesidades particulares, pero tampoco debemos dejar pasar la oportunidad para hacer un llamado a la unidad, solidaridad y empatía gremial.

Reciban un cordial y cariñoso saludo desde la presidencia.

**Luis Carlos Murillo Valencia**  
**Presidente, ASAGIO**

## Leucorrea patológica desde la microbiota vaginal

### Resumen

La microbiota genital juega un papel clave en la salud vulvovaginal y tiene una relación directa con los hábitos de higiene y cuidado íntimo de cada paciente. Es importante conocer el impacto real de estas conductas en la homeóstasis vaginal, entendiéndola desde su fisiología, saber diferenciar los procesos realmente patológicos y hacer un enfoque integral de la patología infecciosa vaginal.

Este capítulo permite comprender los determinantes de la microbiota vaginal, su relación con las infecciones vaginales más comunes, así como un abordaje práctico de las mismas.

**Palabras clave:** higiene íntima, vaginosis, vaginitis, leucorrea, microbiota vaginal.

### Introducción

El papel que juega la higiene íntima en la salud femenina viene presentando una tendencia creciente por los medios publicitarios y redes sociales en general; de ahí que se convierte en un tema común de la consulta ginecológica, dermatológica y de medicina general. El interés de la mayoría de estas publicaciones tiene un trasfondo comercial y económico que está distorsionando el concepto de “normalidad” entre las pacientes, afectando así su rutina diaria. A raíz de esto, la literatura médica nos permite determinar cómo estas prácticas afectan la microbiota transitoria vaginal que tiene un rol fundamental en el equilibrio y la protección contra muchos de los trastornos vulvovaginales, cada vez más comunes.

Laura Becerra Ruiz<sup>1</sup>,  
Mónica Gil Arbeláez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médica, Universidad Pontificia Bolivariana,  
Residente segundo año Ginecología y  
Obstetricia, Universidad  
Pontificia Bolivariana

<sup>2</sup>Especialista en Ginecología y Obstetricia,  
Universidad Pontificia Bolivariana

## Fisiología y microbiota vulvovaginal

La vulva es la primera línea de defensa de los genitales externos, está constituida por el monte de Venus, labios, clítoris y perineo. Posee un epitelio escamoso estratificado queratinizado con glándulas sudoríparas, sebáceas y folículos pilosos que le dan características específicas en cuanto a permeabilidad, hidratación y sensibilidad a irritación y/o fricción (1).

También se describe la mucosa vestibular como un componente adicional constituido por epitelio no queratinizado con mayor capacidad de ser permeable y fácilmente lesionado por irritantes externos (1). Elementos externos se acumulan en los pliegues (humedad, sudoración, menstruación, secreciones por la fluctuación hormonal), influyendo en el crecimiento microbiano vulvovaginal, que puede desencadenar incluso infección (2).

La vagina es un conjunto fibromuscular que se extiende desde la abertura externa en la vulva hasta el cuello del útero, compuesta principalmente por músculo liso, cubierto con epitelio no queratinizado que alberga en su interior pliegues organizados de mucosa que se mantienen húmedos por el trasudado vascular de la pared vaginal, el moco cervical y las glándulas vestibulares (1,2).

La microbiota genital juega un papel clave en la salud vulvovaginal, esta se instaura desde la infancia y se mantiene a través de los años y los cambios cronológicos derivados de ellos. Se caracteriza por ser una microbiota diversa que puede incluir estafilococos, micrococos, difteroides, lactobacilos, estreptococos, bacilos gramnegativos, levaduras y especies de origen fecal (3).

Mencionamos en especial los *Lactobacillus*, ya que cumplen un papel primordial en

mantener el ecosistema vaginal por la producción de ácido láctico que procura un ambiente ácido (pH 3.5-4.5), además de generar compuestos antimicrobianos que inhiben el crecimiento bacteriano patógeno. Todo esto asociado a la defensa innata de cada paciente, el influjo hormonal con la liberación de glucógeno (que ayuda al metabolismo extracelular para la producción de ácido láctico), la producción de lisozima y lactoferrina por células epiteliales y el desprendimiento de la epidermis, impide la colonización nociva de esta zona (1). Cabe aclarar que este trabajo no depende únicamente de los *Lactobacillus*, ya que algunas mujeres pueden presentar ausencia de estos, pero poseer una producción de ácido láctico basal, gracias a bacterias como *Atopobium vaginae*, *Megasphaera spp* y *Leptotrichia spp* (3,4).

Avances en la medicina molecular permiten determinar que existen cuatro tipos de comunidades o estados de la microbiota vaginal, definidos por especies de *Lactobacillus* principalmente, y se describen así: **I** *Lactobacillus crispatus* (flora vaginal más estable con menor probabilidad de vaginosis bacteriana), **II** *Lactobacillus gasseri*, **III** *Lactobacillus Iners*, **V** *Lactobacillus jensenii*; el subtipo **IV** se refiere a un grupo heterogéneo con una mayor proporción de bacterias anaeróbicas obligadas (*Atopobium*, *Gardnerella* y *Prevotella spp*) que, a su vez, la convierte en una flora vaginal más dinámica y cambiante (5).

Lo anterior apoya la teoría sobre la diversidad microbiana vulvovaginal y la complejidad fenotípica entre las pacientes, que se puede ver influenciada por hábitos y prácticas personales como tipo de aseo, uso de productos cosméticos, afeitado, lubricantes, espermicidas, actividad sexual, hábito miccional y defecatorio,

tipo de ropa, uso de antibióticos, terapia de reemplazo hormonal (TRH), así como por el ciclo ovárico, la menstruación, estado vaginal estrogénico, embarazo, entre otros (3-6), los cuales se abordan en detalle más adelante.

El pH vaginal es un elemento determinante para mantener la microbiota y se ve modificado por los factores descritos previamente. Presenta valores estimados desde pH de 3.8 a 4.4 en mujeres en edad reproductiva. Se ha demostrado una fuerte influencia de la raza en sus valores y su relación con una mayor o menor proporción de *Lactobacillus* en grupos específicos. Por ejemplo, las hispanas tienen valores de pH  $5.0 \pm 0.59$  menos ácido con respecto a las mujeres negras (pH  $4.7 \pm 1.04$ ), blancas (pH  $4.2 \pm 0.3$ ) y asiáticas (pH  $4.4 \pm 0.59$ ) (3).

Después de la menopausia, y a medida que caen los niveles de estrógeno, el pH vaginal aumenta, tornándose alcalino, lo cual se asocia con aumento de la colonización con microbios patógenos (6).

## Determinantes de la microbiota vaginal

- **Hormonas sexuales y anticonceptivos hormonales:** Los estrógenos tienen altos receptores en las células epiteliales de la vagina, de ahí que tiene una mayor capacidad de contener glucógeno lo que a su vez favorece la colonización por *Lactobacillus* con lo cual se sostiene un ambiente vaginal ácido que evita el crecimiento de patógenos y es clave para mantener el ecosistema vaginal.

Las respuestas inmunitarias (presentación de antígenos, producción de citocinas, producción y transporte de inmunoglobulinas) del

tracto genital femenino están también reguladas por hormonas sexuales, y la fluctuación de sus concentraciones permite la aparición de lo que se conoce como "ventana de vulnerabilidad", la cual comienza alrededor del día 12 del ciclo menstrual (preovulación) y coincide con el pico de estradiol persistiendo hasta alrededor del día 21 en la fase lútea con el influjo de progesterona. En esta ventana se crea un proceso de atenuación inmune y el moco cervical baja su viscosidad para permitir el ascenso de los espermatozoides en la cavidad, pero también el de las bacterias perjudiciales. Los estudios han sugerido una asociación entre altos niveles séricos de estrógeno y una menor prevalencia de vaginosis bacteriana (VB) (7,8).

El uso de anticonceptivos hormonales se ha asociado a una mayor susceptibilidad para adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero los datos epidemiológicos son inconsistentes y se plantea que podría existir una fuerte relación conductual que explicaría la relación entre ambas variables, en lugar de una atribución hormonal propiamente dicha (8,9). Vodstrcil *et al.* demostraron una reducción significativa (RR 0.68, 95% IC 0.63-0.73) en la vaginosis bacteriana con el uso de cualquier anticonceptivo hormonal, excluyendo dispositivos intrauterinos en términos de recurrencia (10), por lo cual se desmiente el mito sobre aumento de las infecciones vaginales asociadas con el uso de anticonceptivos orales.

- **Comportamiento sexual:** La literatura médica ha demostrado que existe una clara relación entre vaginosis bacteriana (VB) (específicamente VB recurrente) y factores de

riesgo asociados con ETS, entre los que se mencionan relaciones penetrativas múltiples o nueva pareja sexual, coito vaginal inmediato después de coito anal receptivo, mujeres que tiene sexo con mujeres, no uso de preservativo y sexo oral receptivo (6-11).

• **Higiene íntima femenina y productos asociados:** La higiene genital inadecuada puede entenderse como una falta de o exceso en la limpieza o uso de productos comerciales, provocando alteraciones en la homeóstasis del aparato genital femenino (6).

Existen múltiples prácticas relacionadas con este aspecto, basadas en la preferencia personal, educación, cultura y contexto social.

Mencionamos inicialmente las duchas vaginales como una conducta generalizada implementada de diversas formas. Sabo *et al.* reportaron en su análisis que las pacientes estadounidenses con respecto a las africanas utilizaban más productos comerciales (jabón, loción más agua) (50%) que agua sola (15%) para el cuidado íntimo rutinario (12). El uso frecuente de jabón tiende a disolver la grasa y causar cambios en el pH de la piel con consecuencias no deseadas, como sequedad, prurito, ardor e irritación (13).

Los estudios longitudinales asocian las duchas vaginales con una mayor prevalencia de VB y con un riesgo estadísticamente significativo (RR 1.55 IC 95% 1.15-2.09,  $p = 0.004$ ) de contraer infecciones genitales de diversas etiologías por cambios en el pH y microbiota genital; dicha susceptibilidad se ve aumentada por factores intrínsecos de cada paciente (6-12). Por lo anterior, no se ha demostrado un beneficio teórico a la salud con la implementación de estas, excepto ante condiciones dermatológicas específicas.

Vale la pena aclarar que el lavado rutinario de la vulva es una recomendación médica que tiene como objetivo prevenir la acumulación de flujo vaginal, sudor, contaminación fecal u otras secreciones, previniendo lesiones y olores. Aunque la limpieza vulvar puede ser un complemento útil para tratamiento médico, los productos de limpieza vulvar no están diseñados para tratar infecciones (1).

En cuanto al uso de productos para el área vaginal, se estima que cerca del 95% de las pacientes en Canadá usa algún producto externo o interno para su cuidado íntimo, siendo las cremas, sprays, lubricantes, probióticos en supositorio, toallas y tampones los más utilizados, con una frecuencia de uso de al menos uno por día. La implementación de estos incrementa 3 veces más el riesgo de presentar un evento adverso asociado a su uso (14).

Se trae a colación la profilaxis con derivados de *Lactobacillus* como una práctica implementada con tendencia ascendente en los últimos años. Sus beneficios proponen la restauración de la microbiota nativa por un efecto inmunomodulador que incrementa los antioxidantes y potencia la capacidad antibiótica que, en última instancia, disminuye de manera proporcional los inóculos de *Gardnerella*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Coriobacteriaceae* y *Atopobium*, con mayor beneficio en las pacientes con VB recurrente, así como ITS y vulvovaginitis candidiásica (VVC) (15).

Además de lo mencionado, productos como la copa menstrual se plantea como una alternativa de higiene femenina que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las pacientes y hacer un uso razonable de recursos con más de un uso, tiene una aceptabilidad que varía entre el 35 y el 90% (16).

Sus beneficios se refieren a una mejor capacidad de almacenamiento, no presenta fugas, se cambia cada 12 horas, es de fácil de retirar, es económica y tiene un tiempo de uso de aproximadamente 10 años. Sin embargo, un 10 al 45% de las mujeres la encuentran difícil de usar inicialmente (16,17).

No produce modificaciones en la flora bacteriana, ni en el pH vaginal, no se relaciona

con las infecciones vulvovaginales, alergias u otras alteraciones dérmicas, y no interfieren con los métodos anticonceptivos intrauterinos (17).

Se mencionan algunas recomendaciones para el cuidado de esta zona, según directrices del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Dermatológica de Europa (18,19) (Tabla 1).

**Tabla 1. Directrices para el cuidado genital femenino**

Recomendaciones cuidado de la piel vulvar	Recomendaciones higiene íntima
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento multidisciplinario en caso de trastornos vulvares dermatológicos</li> <li>• Duchas cortas en el área una vez al día únicamente con agua</li> <li>• Uso de ropa interior ligera, de seda o algodón preferiblemente</li> <li>• Evitar el uso de jabón, exfoliantes, desodorante, paños húmedos, cremas para bebés o corporales</li> <li>• Evitar el uso regular de protectores o toallas sanitarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de requerir por indicación médica jabón íntimo, seleccionar productos hipoalergénicos con un detergente suave y un pH de 4.2 a 5.6</li> <li>• Evite los jabones en barra, ya que son abrasivos y tienen un pH más alcalino</li> <li>• No realizar duchas vaginales</li> <li>• Se sugiere limpieza vulvar antes y después del coito</li> <li>• Si se usa lubricante, preferirlos a base de silicona sin perfume, sabor ni fragancia</li> </ul>

Fuente: *Elaboración de los autores (18,19).*

- **Tabaco:** Se ha demostrado menor cantidad de *lactobacillus* en la microbiota vaginal de las pacientes fumadoras con una mayor puntuación de Nugent. El consumo frecuente de cigarrillo y tener una clasificación molecular en estadio IV (flora heterogénea), predispone a una mayor concentración de agmatina, cadaverina, putrescina, triptamina y tiramina, las cuales se caracterizan por predisponer a VB y malos olores vaginales (20).

- **Hábitos dietarios:** El microbioma intestinal se ha relacionado con disbiosis, es decir, el desequilibrio en un sistema biológico por cambios en los tipos y cantidades de bacterias. De ahí que el intestino puede servir como un reservorio de bacterias relacionadas con las infecciones vaginales y potenciar efectos proinflamatorios en la mucosa vaginal (21).

Déficits nutricionales y la obesidad también se han relacionado con alteraciones en la flora vaginal y predisposición a las infecciones de esta zona (6).

- **Factores sociales:** Las infecciones vaginales se han relacionado con menor estrato socioeconómico, prácticas sexuales de alto riesgo e implementación de rituales religiosos (mikveh-ghusl) (1-6).

## Trastornos vulvovaginales frecuentes

Se realiza a continuación un enfoque práctico de las infecciones vaginales más comunes como candidiasis vulvovaginal, vaginosis bacteriana y tricomoniasis.



Este grupo de afecciones se definen como todo proceso de inflamación o infección de la vagina, asociado a síntomas como sensación de ardor, dispareunia, olor fétido, prurito vulvovaginal y descarga vaginal anormal (22,23).

Su frecuencia varía según la población estudiada, pero se estima que la candidiasis vulvovaginal se diagnostica en el 17-39% de los casos, la vaginosis bacteriana en 22 a 50% y tricomoniasis en 4 a 35% (23).

- **Candidiasis vulvovaginal (VVC):** Infección e inflamación por cualquier especie de *Candida spp.* Se estima que se puede presentar al menos un episodio durante la vida; el uso de antibióticos y la actividad sexual son los principales factores de riesgo para su desarrollo, y su espectro clínico es variable en cuanto a intensidad de los síntomas (se caracteriza por disuria terminal, ardor, prurito vulvovaginal, fisuras, excoriaciones y flujo vaginal espeso, blanquecino, tipo queso cremoso, que se adhiere a las paredes vaginales). Una proporción considerable de pacientes pueden estar colonizadas, pero ser asintomáticas (22-24).

Su diagnóstico se basa en un adecuado interrogatorio y examen clínico, pero además se sugiere la evaluación microscópica del flujo vaginal con solución salina, KOH al 10% o tinción de Gram para confirmar la presencia de levaduras en gemación, hifas o pseudohifas, y un pH vaginal normal (<4,5). También se recomienda el cultivo de la secreción (estándar de oro), en especial en casos recurrentes. Si no se logra demostrar microbiológicamente el microorganismo, pero se cuenta con una alta sospecha clínica, el tratamiento empírico se puede implementar (24).

Hasta el 30% de las mujeres presentan un episodio recurrente definido como cuatro o

más episodios sintomáticos en los últimos 12 meses, lo que lleva a implicaciones negativas para la calidad de vida de las pacientes. El 70% de estas requerirá medicación antimicrobiana continua o prolongada, como terapia de mantenimiento para controlar la clínica (25). Ante la recurrencia, se requiere el cultivo de secreción vaginal para identificar especies inusuales de *Candida no albicans*, que podrían explicar la persistencia del cuadro descrito (24).

El tratamiento a las parejas sexuales no está indicado, a menos que se sospeche una balanitis (24).

- **Vaginosis bacteriana (VB):** A diferencia de la VVC, esta patología se caracteriza por la ausencia de infección e inflamación, pero en la cual existe un cambio en la microbiota vaginal con crecimiento predominante de tipo polimicrobiano anaerobio (*G. vaginalis*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Prevotella spp* y *Mobiluncus spp*, entre otros) y disminución en el inocuo de *Lactobacillus* (22).

Representa la principal causa de consulta por flujo vaginal fétido y sus factores de riesgo están asociados con múltiples parejas sexuales, falta de uso de preservativo y uso de duchas vaginales. Hasta el momento, y según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), no se conoce si la VB es resultado de la adquisición de un único patógeno de transmisión sexual; sin embargo, sí representa una mayor probabilidad de contraer alguna ETS (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y virus del herpes simple -2), aunque la evidencia médica no ha demostrado que el tratamiento de las parejas sexuales tengan algún beneficio para prevenir la recurrencia (22-26).



Su diagnóstico se basa en la aplicación de los criterios microbiológicos de Amsel o tinción de Gram; 3 de los siguientes 4 criterios confirma la sospecha clínica.

### Criterios de Amsel (24):

1. Secreción homogénea, fina y blanca que recubre suavemente las paredes vaginales.
2. Presencia de células clave (células epiteliales escamosas cubiertas por cocobacilos).
3. Flujo vaginal con un pH >4.5.
4. Test de aminas positivo: Flujo vaginal con olor a pescado antes o después de la adición de KOH al 10%.

Otras ayudas diagnósticas como hibridación de ADN para concentraciones altas de *G. vaginalis* y PCR en tiempo real se han utilizado con similares tasas de rendimiento, en compa-

ración con la tinción de gram del flujo vaginal, pero su uso está sujeto a disponibilidad de los recursos (24).

- **Tricomoniasis:** Descrita como la ETS no viral más común en Estados Unidos; se asocia con un riesgo dos o tres veces mayor de contraer el VIH y es transmitida por el protozoo *Trichomonas vaginalis*. Se caracteriza por prurito y descarga vaginal amarillo-verdosa y de manera ocasional sinusorragia; no obstante, hasta el 50% de las pacientes pueden ser asintomáticas (22-24).

Su diagnóstico se puede realizar a través de la visualización directa de los microorganismos flagelados en un directo de flujo, pero cada vez más se encuentran disponibles opciones diagnósticas novedosas, como la amplificación de ácido nucleico (NAAT) con resultados similares (27).

En la tabla 2 se esquematizan los regímenes para el tratamiento de estas condiciones.

**Tabla 2. Regímenes de manejo farmacológico para candidiasis vulvovaginal, vaginosis bacteriana y tricomoniasis.**

Patología	Régimen recomendado
Candidiasis vulvovaginal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fluconazol 200 mg vía oral, dosis única</li> <li>2. Itraconazol cápsula 150 mg cada 12 h por 3 días</li> <li>3. Miconazol óvulo 1.2 gr tópico, dosis única</li> <li>4. Clotrimazol óvulo 200 mg tópico por 3 días</li> <li>5. Isoconazol tableta vaginal 300 mg por 2 días</li> </ol>
Vaginosis bacteriana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 h por 7 días o gel vaginal 0.75% una vez al día por 5 días</li> <li>2. Clindamicina crema vaginal 2% una vez al día por 7 días, u óvulos vaginales una vez al día por 3 días**</li> <li>3. Tinidazol 2 gr vía oral, dosis única o secnidazol 2 gr vía oral, dosis única</li> </ol>
Tricomoniasis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Metronidazol 2 g por vía oral, una sola dosis</li> <li>2. Tinidazol 2 g por vía oral, una sola dosis</li> <li>3. Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días</li> </ol>

\*Remisión micológica antes de iniciar un régimen antimicótico de mantenimiento.

\*\*Los óvulos de clindamicina utilizan una base oleaginoso que puede debilitar el látex, precaución en las siguientes 72 horas posterior a su uso.

Fuente: Elaboración de los autores (22).

En las Tablas 3 y 4 se muestran los esquemas terapéuticos indicados para recurrencia.

**Tabla 3. Regímenes de manejo farmacológico, casos recurrentes para candidiasis vulvovaginal.**

<i>Candida albicans, C. tropicalis, C. parapsilosis</i> Objetivo: Brindar tranquilidad, incluso alta probabilidad de control sintomático, pero lamentablemente no garantía de curación Factores de riesgo: diabetes tipo 2, posmenopausia y edad avanzada	
Régimen oral	1. Fluconazol 150 mg cada 72 h para 3 dosis Mantenimiento fluconazol 150 mg cada semana durante 6 meses
Régimen tópico	1. Miconazol al 2% durante 7 días 2. Terconazol al 0.8% durante 3 días Régimen de mantenimiento con supositorio vaginal de miconazol una vez a la semana durante 6 meses
Regímenes para <i>C. glabrata</i>	1. Ácido bórico 600 mg al día durante 14 días 2. Nistatina 100.000 U en supositorio por vagina durante 14 días
Especies de <i>Candida</i> resistentes a los azoles	1. Anfotericina B supositorios vaginales 5-10% durante 14 días 2. Ácido bórico 600 mg al día durante 14 días 3. Nistatina 100.000 U en supositorio por vagina durante 14 días

Fuente: Elaboración de los autores (33).

**Tabla 4. Regímenes de manejo farmacológico, casos recurrentes para vaginosis bacteriana.**

Régimen oral	Régimen tópico
Metronidazol o tinidazol 500 mg oral dos veces al día durante 7 días más ácido bórico intravaginal u oral 600 mg al día por 21 días	Metronidazol al 0.75% dos veces por semana por 4-6 meses

Fuente: Elaboración de los autores (22).

Dentro del espectro de manifestaciones vulvovaginales, también mencionamos algunos diagnósticos diferenciales comunes que se deben tener en mente al abordar estas pacientes. La leucorrea fisiológica, la vaginitis inflamatoria descamativa, la vaginosis citolítica, dermatitis de contacto y vaginitis atrófica son algunas de ellas.

- **Leucorrea fisiológica:** La secreción vaginal está inicialmente constituida por el moco que produce el cérvix y glándulas periuretrales de Skene y de Bartholin. También por un trasudado secretado a través del epitelio vaginal, de

ahí que las descargas vaginales fisiológicas estén compuestas por la acumulación de moco, líquido y restos celulares. Una mujer en edad fértil sin TRH produce en promedio 1 a 3 gramos de flujo vaginal por día (28).

Se caracteriza por ser de cantidad variable, dependiendo de la fase del ciclo menstrual, su color es transparente, blanco o gris claro, usualmente sin olor y conserva un pH entre 3.8 y 4.2, sin manifestaciones clínicas irritativas. A nivel microscópico, las células escamosas presentan un citoplasma homogéneo con núcleo pequeño, bien demarcado, y se pueden evidenciar especies de flora bacteriana normal (28).

La ACOG recomienda con evidencia débil realizar estudios de pH rápidos en consultorio con el fin de hacer un diagnóstico diferencial, resaltando que, hasta el 9% de las pacientes diagnosticadas como vulvovaginitis infecciosa, son realmente mujeres con una alta producción basal de leucorrea no patológica (18).

- **Vaginitis inflamatoria descamativa:** Condición recurrente, de predominio en la perimenopausia con una prevalencia estimada de 2 al 20%, y de etiología desconocida. Se plantea que existe una predisposición genética asociada con una alteración inmunológica sobre la mucosa vaginal, que se traduce en pérdida de la flora vaginal normal y aumento de la inflamación (28).

Clínicamente, las pacientes pueden manifestar flujo vaginal purulento, dispareunia severa, prurito e irritación; al examen físico, eritema de la mucosa, petequias vaginales y hematomas asociados a erosiones de la mucosa bien definidas (28,29).

A nivel microscópico, se evidencia una disminución de lactobacilos y aumento de la concentración de flora anaeróbica obligada o facultativa. Tienen ausencia de células clave y predominio de células epiteliales vaginales inmaduras o células parabasales, con un aumento en las células inflamatorias (proporción de leucocitos a células epiteliales es mayor de 1:1) (29).

El tratamiento inicial se realiza con clindamicina intravaginal tópica al 2% (5 gr una vez por noche durante tres semanas, mantenimiento tres veces por semana durante dos meses) o hidrocortisona intravaginal (300 a 500 mg vaginales por noche durante tres semanas, mantenimiento dos veces por semana por dos meses) (29).

- **Vaginosis citolítica:** Hasta un 7% de las pacientes con síntomas vulvovaginales presentan esta vaginosis. Se produce debido a una alteración en el ecosistema vaginal y se caracteriza por un sobrecrecimiento de lactobacilos en el epitelio que se traduce en daño celular y un estado de "hiperacidez vaginal" (28).

Se presenta frecuentemente en mujeres de edad reproductiva, debido al sobrecrecimiento de los lactobacilos, lo que ocasiona un aumento en la cantidad de ácido láctico producido con la consecuente disminución del pH vaginal y la aparición del cuadro clínico, el cual se intensifica durante la fase luteínica y desaparece con la menstruación para reaparecer pocos días después (30).

Entre los síntomas están prurito, dispareunia y disuria vulvar. La vulva parece estar normal, sin eritema, y se puede presentar una secreción vaginal blanca con apariencia pastosa. El pH será ligeramente más bajo de lo normal (3.5-4.5), sin células guía, levaduras, tricomonas o leucocitos, pero abundantes lactobacilos con fragmentos de células escamosas (evento de citólisis) (28-31).

El objetivo terapéutico está orientado en aumentar el pH vaginal. En la literatura se describen duchas vaginales, aunque se prefieren los baños de asiento con bicarbonato de sodio, una o dos cucharadas (30-60 g) en 600-1000 ml de agua tibia, dos veces por semana durante 2 semanas (3), aunque se puede considerar alargar el tratamiento y autores recomiendan repetirlo mensual en casos de recurrencias.

Se requiere un alto índice de sospecha para diagnosticar y tratar esta condición.

- **Dermatitis de contacto:** Es la causa más común de prurito no infeccioso, asociado a

cambios inflamatorios con pH vaginal normal; puede ser alérgica o irritativa, que clínicamente suelen ser difíciles de diferenciar porque ambas presentan prurito, ardor y dolor. Entre los irritantes se encuentran alérgenos, jabones, cremas, papel higiénico, detergentes, medicamentos, fragancias, toallas sanitarias y protectores (32,33).

El diagnóstico y manejo implican identificar y eliminar el agente causal. Es indispensable la realización de prueba de parche para descartar dermatitis de contacto alérgica y, según su relevancia, evitar su contacto. La terapia con corticosteroides está indicada para controlar la inflamación y aliviar los síntomas, idealmente los de potencia media (p. ej., dipropionato de betametasona) usados dos veces por día por un período de dos a cuatro semanas. El tratamiento con esteroides sistémicos (orales o intramusculares) puede ser indicado para casos severos, persistentes o refractarios a los esteroides tópicos; se refieren cursos de prednisona oral de 0.5 a 1.0 mg/kg durante 1 mes (33,34).

En pacientes con prurito severo, recomendamos adicionar antihistamínicos orales.

Tener presente que algunos jabones medicados para “pieles sensibles”, pueden contener agentes potentemente agresivos que generan trastornos inflamatorios en la piel.

## Conclusiones

Vaginitis es un término general para los trastornos de la vagina causados por infecciones, inflamación o cambios en la flora vaginal normal. Los signos y síntomas clínicos son similares, independientemente de la etiología subyacente. El conocimiento de las bases anatómicas y fisiológicas, además de un

abordaje desde los factores de riesgo particulares, permite ofrecer adecuados tratamientos farmacológicos y conductuales que eviten la recurrencia y afecciones en la calidad de vida de estas pacientes a largo plazo.

## Referencias bibliográficas

1. Chen, Y., Bruning, E., Rubino, J., & Eder, S. E. (2017). Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. *Women's health (London, England)*, 13(3), 58-67.
2. Farage MA, Maibach HI. Morphology and physiological changes of genital skin and mucosa. *Curr Probl Dermatol*. 2011;40:9-19. doi: 10.1159/000321042. Epub 2011 Feb 10. PMID: 21325836.
3. Brown, C. J., Wong, M., Davis, C. C., Kanti, A., Zhou, X., & Forney, L. J. (2007). Preliminary characterization of the normal microbiota of the human vulva using cultivation-independent methods. *Journal of medical microbiology*, 56(Pt 2), 271-276.
4. Drell, T., Lillsaar, T., Tummeleht, L., Simm, J., Aaspõllu, A., Väin, E., Saarma, I., Salumets, A., Donders, G. G., & Metsis, M. (2013). Characterization of the vaginal micro- and mycobiome in asymptomatic reproductive-age Estonian women. *PloS one*, 8(1), e54379.
5. Ravel, J., Gajer, P., Abdo, Z., Schneider, G. M., Koenig, S. S., McCulle, S. L., Karlebach, S., Gorle, R., Russell, J., Tacket, C. O., Brotman, R. M., Davis, C. C., Ault, K., Peralta, L., & Forney, L. J. (2011). Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108 Suppl 1(Suppl 1), 4680-4687.
6. Lewis, F., Bernstein, K. T., & Aral, S. O. (2017). Vaginal Microbiome and Its Relationship to Behavior, Sexual Health, and Sexually Transmitted Diseases. *Obstetrics and gynecology*, 129(4), 643-654.
7. Brotman, R. M., Ravel, J., Bavoil, P. M., Gravitt, P. E., & Ghanem, K. G. (2014). Microbiome, sex hormones, and immune responses in the reproductive tract: challenges

- for vaccine development against sexually transmitted infections. *Vaccine*, 32(14), 1543-1552.
8. Achilles, S. L., & Hillier, S. L. (2013). The complexity of contraceptives: understanding their impact on genital immune cells and vaginal microbiota. *AIDS (London, England)*, 27 Suppl 1(0 1), S5-S15.
  9. Morrison CS, Turner AN, Jones LB. Highly effective contraception and acquisition of HIV and other sexually transmitted infections. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:84-263.
  10. Vodstrcil, L. A., Hocking, J. S., Law, M., Walker, S., Tabrizi, S. N., Fairley, C. K., & Bradshaw, C. S. (2013). Hormonal contraception is associated with a reduced risk of bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(9), e73055.
  11. Abbai, N. S., Reddy, T., & Ramjee, G. (2016). Prevalent bacterial vaginosis infection - a risk factor for incident sexually transmitted infections in women in Durban, South Africa. *International journal of STD & AIDS*, 27(14), 1283-1288.
  12. Sabo MC, Balkus JE, Richardson BA, Srinivasan S, Kimani J, Anzala O, Schwebke J, Feidler TL, Fredricks DN, McClelland RS. Association between vaginal washing and vaginal bacterial concentrations. *PLoS One*. 2019 Jan 24;14(1):e0210825.
  13. Felix, T. C., de Araújo, L. B., Röder, D., & Pedroso, R. (2020). Evaluation of Vulvovaginitis and Hygiene Habits of Women Attended in Primary Health Care Units of the Family. *International journal of women's health*, 12, 49-57.
  14. Crann, S. E., Cunningham, S., Albert, A., Money, D. M., & O'Doherty, K. C. (2018). Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. *BMC women's health*, 18(1), 52.
  15. Chee, W., Chew, S. Y., & Than, L. (2020). Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. *Microbial cell factories*, 19(1), 203.
  16. Arenas-Gallo, C., Ramírez-Rocha, G., González-Hakspiel, L., Merlano-Alcendra, C., Palomino-Suárez, D., & Rueda-Espinel, S. (2020). *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 71(2), 163-177.
  17. Prado-Galarza, Magdely, Doncel C, William Andrés, Mosquera B, Oscar Olmedo, & Guarnizo-Tole, Mildred. (2020). La copa menstrual, una alternativa de higiene femenina. Revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(1), 99-109.
  18. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology (2020). Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. *Obstetrics and gynecology*, 136(1), e1-e14.
  19. Van der Meijden, W. I., Boffa, M. J., Ter Harmsel, W. A., Kirtschig, G., Lewis, F. M., Moyal-Barracco, M., Tiplica, G. S., & Sherrard, J. (2017). 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 31(6), 925-941.
  20. Nelson, T. M., Borgogna, J. C., Michalek, R. D., Roberts, D. W., Rath, J. M., Glover, E. D., Ravel, J., Shardell, M. D., Yeoman, C. J., & Brotman, R. M. (2018). Cigarette smoking is associated with an altered vaginal tract metabolomic profile. *Scientific reports*, 8(1), 852.
  21. Marchesi, J. R., Adams, D. H., Fava, F., Hermes, G. D., Hirschfield, G. M., Hold, G., Quraishi, M. N., Kinross, J., Smidt, H., Tuohy, K. M., Thomas, L. V., Zoetendal, E. G., & Hart, A. (2016). The gut microbiota and host health: a new clinical frontier. *Gut*, 65(2), 330-339.
  22. Paavonen, J. A., & Brunham, R. C. (2020). Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin Number 215. *Obstetrics and gynecology*, 135(5), 1229-1230.
  23. Zuckerman, A., & Romano, M. (2016). Clinical Recommendation: Vulvovaginitis. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(6), 673-679.
  24. Workowski, K. A., Bolan, G. A., & Centers for Disease Control and Prevention (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 64(RR-03), 1-137.

25. Yano, J., Sobel, J. D., Nyirjesy, P., Sobel, R., Williams, V. L., Yu, Q., Noverr, M. C., & Fidel, P. L., Jr (2019). Current patient perspectives of vulvovaginal candidiasis: incidence, symptoms, management and post-treatment outcomes. *BMC women's health*, 19(1), 48.
26. Blostein, F., Levin-Sparenberg, E., Wagner, J., & Foxman, B. (2017). Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Annals of epidemiology*, 27(9), 575-582.e3.
27. Bouchemal K, Bories C, Loiseau PM. Strategies for Prevention and Treatment of Trichomonas vaginalis Infections. *Clin Microbiol Rev*. 2017 Jul;30(3):811-825.
28. Mills B. B. (2017). Vaginitis: Beyond the Basics. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(2), 159-177. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.02.010>.
29. Giovanini, A. F., Lobas, A., & Reisdorfer, G. (2019). Bacterial Vaginosis and Desquamative Inflammatory Vaginitis. *The New England journal of medicine*, 380(11), 1088-1089.
30. Guevara, Armando; Santiago, Verónica y Domínguez, Anggie. Vaginosis citolítica: una entidad clínica poco conocida. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2011, vol.71, n.1 [citado 2021-02-27], pp. 45-48.
31. Suresh, A., Rajesh, A., Bhat, R. M., & Rai, Y. (2009). Cytolytic vaginosis: A review. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*, 30(1), 48-50. <https://doi.org/10.4103/0253-7184.55490>.
32. Woodruff, C. M., Trivedi, M. K., Botto, N., & Kornik, R. (2018). Allergic Contact Dermatitis of the Vulva. *Dermatitis: contact, atopic, occupational, drug*, 29(5), 233-243. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000339>.
33. Cruz Garnica AP, Salamanca S, Hernández N, Villamil JA, Quiasua DC. Dermatitis de contacto alérgica e irritativa en región vulvar. Impacto de los jabones íntimos. *rev. asoc. colomb. dermatol. cir. dermatol.* [Internet]. 28 de abril de 2020 [citado 27 de febrero de 2021];27(4):239-58.
34. Foote CA, Brady SP, Brady KL, et al. Vulvar dermatitis from allergy to moist flushable wipes. *J Low Genit Tract Dis* 2014;18(1):E16YE18.

## Doscientos años del natalicio de Manuel Uribe Ángel



Nació en Envigado el 4 de septiembre de 1822.

Es considerado un verdadero sabio y se distinguió en diferentes campos del saber humano. Fue político, escritor, geógrafo, historiador, médico y humanista.

Entre sus múltiples aportes se cuenta el haber sido profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en sus comienzos en 1871, fundador de la Academia de Medicina de Medellín en 1887, creador de la Academia Antioqueña de Historia en 1903 y el primer director del Museo y Biblioteca Francisco Antonio Zea. También fue miembro de la Academia Colombiana de la Lengua, miembro correspondiente de la Academia Colombiana de Historia y presidente honorario del Primer Congreso Nacional de Medicina.

Como político, fue presidente del Estado Soberano de Antioquia y senador de la República.

Como médico, se destacó por su gran sentido humano. El decir que el médico muchas veces cura, otras veces alivia, pero siempre debe consolar, aplica perfectamente a Manuel Uribe Ángel. Sus pacientes le decían “doctor, con solo verlo, ya me siento mucho mejor”.

En el libro *Escritores y autores de Antioquia*, del Colegio de Altos Estudios de Quirama, se mencionan estas publicaciones de su autoría: *Estudios industriales sobre la minería en Antioquia*, *Geografía general y compendio histórico del estado de Antioquia en Colombia*, *Compendio de Geografía del departamento de Antioquia en la República de Colombia*; *Colón, América, Medellín*; *Recuerdo de mi viaje de*

*Medellín a Bogotá 1862-1863*, *La medicina en Antioquia*, *Compendio histórico del departamento de Antioquia*, *Discursos y páginas históricas*, *Obras completas y la Geografía general del estado de Antioquia en Colombia*. Edición crítica con notas -191- de Roberto Luis Jaramillo.

Era un hombre amable, gentil, caritativo, bondadoso, cariñoso, cordial, trabajador, entregado a los demás, un ser humano integro.

Era un sabio que siempre se estaba preguntando el porqué de las cosas, cuestionaba y reflexionaba permanentemente los hechos cotidianos. Era un gran observador.

Cuando intervino en Estados Unidos en un aniversario de Miguel de Cervantes Saavedra, pronunció un discurso que le valió las felicitaciones de Miguel Antonio Caro, y la prensa de Nueva York llamó sabio al médico querido por todos, recibiendo así un reconocimiento de talla mundial.

En el siglo XIX que le tocó vivir produjeron mucho impacto y grandes sorpresas inventos como la electricidad, el fonógrafo y el teléfono. En el momento de su muerte, la información y la invitación a sus exequias se hicieron a través del telégrafo. Los asistentes y los ramos de flores fueron incontables.

Aunque estaba ciego desde hacía varios años y padecía de cáncer, seguía trabajando y atendiendo a sus pacientes sin distinguir de clase social y hora del día.

El anciano blanco, el doctor de cuerpos y almas, el más ilustre de los antioqueños, Manuelito, se quedó en nuestra historia por siempre. Lo recordamos a través de distintas instituciones que llevan su nombre: un colegio de bachillerato, un edificio en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, un



gran hospital en el municipio de Envigado, un premio en la Academia de Medicina de Medellín y una biblioteca en la Academia Antioqueña de Historia.

En estos días, cuando el país sigue buscando fervientemente la paz, cobran vigencia las palabras de Uribe Ángel a su alumno aventajado Andrés Posada Arango, que lo convierten en un visionario: “Ojalá llegue el día que nos matemos menos y trabajemos más”.

## Referencias bibliográficas

1. Botero, J. (1988). La Academia de Medicina de Medellín, Fundadores y presidentes. Copiyepes, 95 p.
2. Colegio Altos Estudios de Quirama (1994). Escritores y autores de Antioquia. Ediciones Autores Antioqueños, 27, Medellín
3. González, A. (1988). La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 1930-1970. Imprenta Universidad de Antioquia.
4. Lozano, P. (1998). Manuel Uribe Ángel, el médico y geógrafo que amó a su país. Colciencias, Panamericana Formas e Impresos S.A, 80 p.

## » ¿Dónde están todos?

A mediados de los años 40 del siglo XX, el físico italiano Enrico Fermi, en el curso del Proyecto Manhattan, planteó una paradoja que aún carece de una respuesta satisfactoria, a pesar de muchos intentos desde la perspectiva científica (y acientífica) y con la información disponible. Partiendo de un principio cosmológico, llamado "principio antrópico débil" (que es una tautología), el cual define que nuestro universo alberga las condiciones necesarias y suficientes para la existencia de seres como nosotros, y ella (nuestra existencia) es la prueba de ello (de lo contrario, no estaríamos aquí), podemos enumerar la larga lista de los requisitos (la ecuación de Drake) que deben darse para la ocurrencia de dicho fenómeno, teniendo en cuenta que la física y la química es la misma en todo el universo.

Se sabe con certeza que son comunes sistemas planetarios alrededor de la mayoría de las estrellas. Se han hecho cálculos aproximativos del número de estrellas como nuestro Sol y con planetas capaces de albergar y desarrollar vida, y esta de evolucionar a seres inteligentes autoconscientes, incluyendo el tiempo que tarda la evolución biológica en hacerlo, la cual requirió 4.500 millones de años en la Tierra, es decir, la tercera parte de la formación del universo. Pues bien, Fermi calculó que en este podrían existir diferentes civilizaciones tecnológicas avanzadas capaces de comunicarse entre sí y de darse a conocer; sin embargo, a pesar de lo que digan los ufólogos, hasta el momento no hay pruebas de ellas. Esto llevó a que Fermi se planteara en pocas palabras: "...y, entonces, ¿dónde están todos?".

La primera repuesta a la paradoja es la más fácil (para el agrado de los creacionistas y los religiosos deístas): estamos solos, no hay nadie más en nuestro universo, no existen otras civilizaciones tecnológicas, los requisitos son tantos y tan difíciles de cumplir que solo sucedió una vez y la Tierra sería un "planeta único" (como titula un hermoso documental de la televisión alemana, la DW), la cual encajaría perfectamente con la suposición de que es la obra de "alguien". Cabe la posibilidad, en la apariencia de ser únicos, de ser los primeros y, por tanto, los demás están en curso de alcanzarnos algún día, pero, por ahora, no tienen cómo manifestarse.

También está la hipótesis de la existencia de muchas civilizaciones, pero las distancias entre las estrellas y las galaxias son tan enormes, y el viaje no solo sería prolongado en el espacio, sino en el tiempo (ambos son uno solo, según Einstein), que no se cuenta aún con la tecnología que lo haga posible para seres biológicos como nosotros (a pesar de las propuestas de la ciencia-ficción plasmada en el cine), la cual constituye un obstáculo infranqueable. Simplemente no es posible ir, por ahora, de una civilización a otra. Queda la alternativa de la recepción de señales electromagnéticas emitidas a propósito (como ya lo hemos hecho desde hace 80 años), sin la necesidad física de su presencia, pero, de nuevo, serán mensajes del pasado, cada vez más antiguos, dependiendo de la distancia a la que se originen y hasta ahora no nos ha llegado ninguna señal de contacto.

La última eventual realidad, planteada por el mismo Fermi, es que las civilizaciones tecnológicas son posibles, a pesar de su

exigua existencia, pero ninguna sobreviviría lo suficiente para darse a conocer a las demás. Y no lo harían por los riesgos que ellas mismas introducirían en su supervivencia o por las innumerables amenazas a las que se verían expuestas, interna o externamente, en un universo hostil. Desde la explosión de una supernova cercana con abundante emisión de rayos gamma, o la caída de un meteorito devastador, una conflagración termonuclear, un severo cambio en el clima que alterara el ecosistema vital o una pandemia terrible de

alto impacto que modificara las normas de convivencia y de cohesión social (como lo plantea José Saramago en *Ensayo sobre la ceguera*), en fin, la autodestrucción. Todos estos escenarios eran solo posibilidades antes de 2020, pero ahora son una cruda realidad.

Así las cosas, por los hechos ocurridos recientemente en el planeta, parece que estamos respondiendo a la paradoja de Fermi.

**Antonio González Mazuelo**

**Julio 2022**

**Tratado de Obstetricia y Ginecología 3ª Edición.**

- 160 Capítulos
- Más de 120 Autores
- 12 Videos
- Versión digital incluida
- Totalmente actualizado

**ADQUIÉRELO AQUÍ**  
[www.amolca.com.co](http://www.amolca.com.co)

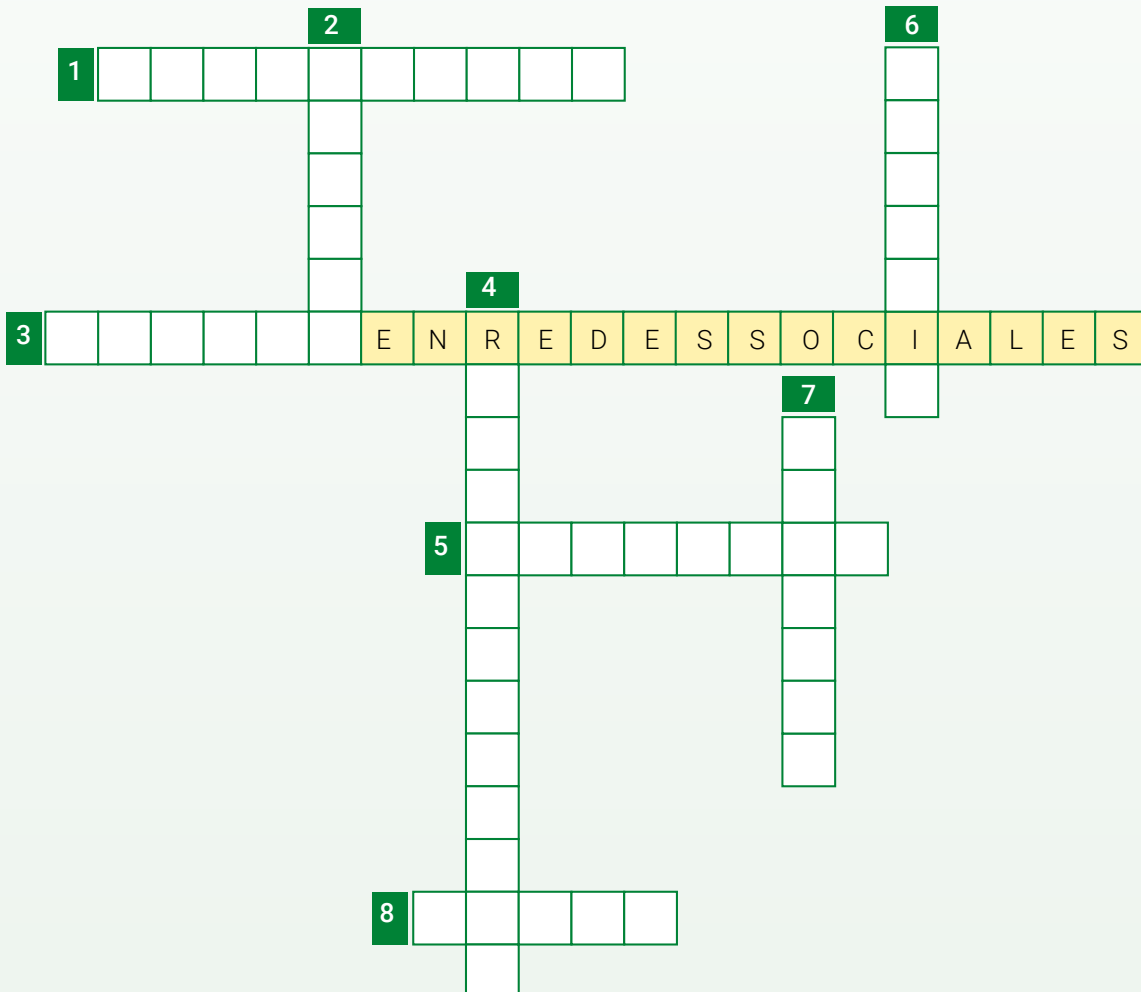
AMOLCA 12 TOMOS

## ¡Resuelve el crucigrama!

Utilizando verbos para resaltar las 8 maneras de apoyar a ASAGIO

Entre los asociados que resuelvan el crucigrama y envíen la foto al WhatsApp +57 3136841417 antes del 15 de Octubre de 2022, se rifará un premio sorpresa.

Las respuestas las encontrarán en los videos "8 maneras de apoyar a ASAGIO", publicado en **nuestras redes sociales**.



## Entérate de lo nuevo que hay en ASAGIO para ti

**La hora del residente**, el segundo jueves de cada mes a las 5:00 p.m. por zoom y emisión en directo por YouTube.

Nuestra primera emisión fue el 11 de agosto, mírala tocando el enlace: <https://bit.ly/3Cxro2n>

Podcast, **hablando con el especialista**, el cuarto jueves de cada mes por Spotify

Nuestra primera publicación fue el 25 de agosto, Tratamiento de la hipertensión leve durante el embarazo (Estudio CHAP). Síguenos accediendo al siguiente enlace: <https://spoti.fi/3ClIXB8>

## Calendario académico ASAGIO 2023

**Febrero 17:** Jornada de actualización y asamblea general ordinaria

**Abril 28:** Jornada de actualización

**Junio 2:** Jornada de actualización

**Agosto 11 y 12:** Congreso 64 años ASAGIO, "Salud Femenina 2023"

**Noviembre 10:** Simposio Motivos de consulta más frecuentes en ginecología y obstetricia

**La hora del residente:** segundo jueves de cada mes

**Hablando con el especialista**, podcast: cuarto jueves de cada mes por Spotify



## GRAN ALIANZA

BMI



Como personal de la salud hoy más que nunca  
**DEBES ESTAR PROTEGIDO**

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



Construye un capital  
en dólares



Rentabilidad mínima  
garantizada



Ahorro para  
el retiro



Garantiza la educación  
de tus hijos



Protección frente  
a incapacidad

**¡CONTACTANOS!** +(57) 311 412 5182  
Y RECIBE UNA ASESORIA FINANCIERA GRATUITA

## Nuestros aliados 2022



**BioSystems**



<http://www.amolca.com.co>