

11226
201
10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital General Regional
Orizaba, Ver.

ANALISIS Y EVALUACION DEL ENVIO DE
PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS
AL SEGUNDO NIVEL POR
LA U.M.F. 1

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. JACINTA ALVARADO GALICIA



**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

Orizaba, Ver.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
GENERALIDADES.....	5
HISTORIA NATURAL DE LA CERVICOVAGINITIS.....	8
ALTERACIONES DE LA ESTATICA PELVICA.....	11
ESTERILIDAD.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
HIPOTESIS.....	17
OBJETIVOS.....	18
PROGRAMA DE TRABAJO.....	19
RESULTADOS.....	20
GRAFICAS.....	22
CONCLUSIONES.....	26
ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29

I N T R O D U C C I O N :

En mi estancia por la consulta de Medicina Familiar, - llamó la atención la gran demanda de consulta de tipo Genecológico; tales como Alteración de la Estática Pélvica, Esterilidad -- Primaria, CaCu Insitu, Hemorragia Uterina Disfuncional, Miomatosis Uterina y Cervicovaginitis; siendo este último un padecimiento que causa un elevado número de consultas en los servicios de primer nivel y segundo nivel.

Encontrando también que los canales de comunicación, - no son de todo adecuados, y que el Médico Familiar no recibe retroalimentación que le permita evaluar tratamiento y resultados de sus padecimientos.

Esto me llevó a realizar un análisis acerca de las alteraciones en el estudio clínico integral de los pacientes por - el Médico Familiar; en el Diagnóstico, Tratamiento y oportunidad del envío, sin otro afán que el de motivar al Médico Familiar a un estudio Biopsicosocial de las pacientes y su padecimiento de acuerdo a la Historia natural de la enfermedad.

Así como el segundo nivel deberá transmitir la información correcta del diagnóstico final y manejo, para que el Médico Familiar reconozca hasta que punto el tratamiento es de su competencia, y cuando y porqué se solicitará la interconsulta.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Desde tiempos muy remotos las infecciones cervicovaginales han sido los desordenes más comunes; con los síntomas de dismenorrea y sangrado genital. (4)

La cervicovaginitis es un proceso inflamatorio que excepcionalmente se presenta como entidades nosológicas aisladas, ya que generalmente involucra dos o tres elementos anatómicos -- (16). En la mayoría de los casos es el Médico de primer contacto quién debe tratar, diagnosticar el prurito vulvovaginal, leucorrea y dolores. (4).

El Dr. Scheneider enfatiza la importancia de las infecciones con el herpes virus tipo 2, mencionando aquellas debidas a chlamydia trachomatis y cepas de mycoplasma.

De muchas maneras la paciente con enfermedad vulvar - presenta un complicado problema; físico psíquico y sociológico, debiendo tomar en consideración diversas entidades tales como - ¿Es la paciente alérgica, esta en medicación por alguna enfermedad aguda o crónica, es diabética?, presenta cambios por stress (divorcio, separación). Usa medicamentos locales etc. (4).

ETIOLOGIA.- Causas más frecuentes son por parásitos, - tricomonas y cándida albicans, abarcando un 70 %, ya que el 30% corresponde a las no específicas, (E. Coli, Gonococos o por - asociaciones microbianas. estreptococos etc.). (16).

Pero estudios recientes con respecto a microorganismos etiológicos se menciona, a la infección por Chlamydia trachomatis, que en el varón, es causante de la llamada uretritis no gonocócica, epididimitis y conjuntivitis. En la población femenina es capaz de producir cervicitis, salpingitis; estas so ciedad a esterilidad, en un número muy grande casos, lo mismo -- que conjuntivitis, y es responsable de un gran número de infecciones en recién nacidos, adquiridas al paso por el canal del parto. Esta infección en nuestro medio es muy frecuente y su diagnóstico no esta al alcance de cualquier persona, ya la técnica es compleja como son las técnicas inmunológicas y el culti vo pero en nuestro medio como primer paso puede utilizarse el estudio citológico. (6).

Otra de las causas de gran demanda en la consulta Ginecológica es la:-

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL.- Que se define como cualquier sangrado proveniente del útero que difiera del sangrado debido al del ciclo menstrual, en frecuencia, cantidad o duración. Este término se aplica a los trastornos menstruales y no-menstruales debidos a cualquier causa; ya sea local o general - incluyendo el psicógeno. Por estas razones y debido a que puede haber graves implicaciones causales, el diagnóstico y tratamien to de esta patológica resulta esencial para la paciente. (17).

Patrones de sangrado úterino anormal.

- A.- Hipermenorrea es habitualmente debida a lesiones locales, - las causas más probables incluyen: miomas, pólipos endocervicales, hiperplasia endometrial, adenomiosis etc.
- B.- Hipomenorrea.- Entre las causas pueden mencionarse, sinequias úterinas o la tuberculosis endometrial.
- C.- Polimenorrea.- Es probable que sea endócrina o general.
- D.- Oligemenorrea.- La causa básica es probable que sea endócrina o general.
- E.- Metrorragia.- Es más probable que sea debida a causa local.

GENERALIDADES;

CERVICOVAGINITIS.- Es un proceso inflamatorio, que excepcionalmente se presenta en la Clínica como entidades nosológicas, aisladas, ya que generalmente involucra dos o tres elementos anatómicos.

A estas alteraciones también se les designa con el nombre de enfermedad pélvica inflamatoria, ya que incluye padecimientos agudos, subagudos, recurrentes y crónicos de la vulva cervix, cuerpo uterino, trompas y ovarios, con afección de los tejidos adyacentes.

Las infecciones en Ginecología y obstetricia, siempre han sido un problema difícil y con el incremento actual de las enfermedades venéreas se han aumentado notablemente, a pesar de los avances de la antibioticoterapia.

Sin embargo, un tratamiento rápido y oportuno han disminuido considerablemente, ya que anteriormente se observaba en forma de abscesos pélvicos, incluso cuadros de peritonitis.

En general es un problema en la población de mujeres jóvenes con vida sexual activa, como factores predisponentes se mencionan:

I.- Situación anatómica.- Debido a que la vulva, vecina a la uretra y sobre todo al antnormalmente séptico, lo que favorece la contaminación.

- II.- Fisiología.- Ya que los motivos más importantes en la frecuencia de las infecciones son los accidentes a que está expuesto el aparato genital en la realización de sus funciones como son.- ciclo sexual, coito, parto y puerperio;- favorecen el ascenso de germenés patógenos.
- III.- TRAUMTISMOS.- Entre los que citaré.- El coito, laceraciones cervicales post parto, postaborto, cuerpos extraños como dispositivos maniobras abortivas (sondas, Etc.)
- IV.- Factores socioeconómicos.- En los que podemos citar anafibetismo, mayor libertad sexual, hábitos higiénicos deficientes.
- V.- Otros factores.- Cepas resistentes, tratamientos incompletos e insuficientes, enfermedades concomitantes (diabétes mellitus, anticonceptivos, embarazo), de muchas maneras la paciente con enfermedad vulvar presenta un complicado problema; físico, psíquico y sociológico, debiendo tomar en consideración diversas entidades tales como; si la paciente es alérgica, presenta cambios ocasionados por stress -- que la hacen susceptible psicológicamente (divorcio, separación, etc.).

MECANISMOS DE DEFENSA:

La yuxtaposición de las paredes vaginales anterior y posterior contribuyen a mantener condiciones de humedad y temperatura indispensable para el habitat de la flora bacteriana nor

mal.

Los bacilos de Doderlein en el epitelio vaginal que -- constituye su mecanismo de defensa al mantener su pH ácido en el conducto cervical como producto de su actividad glandular, se -- forma un tapon mucoso alcaloide que actúa mecánicamente, cerrando el estrecho del canal cervical, excepto en el período ovulatorio del ciclo.

La integridad del cérvix es muy importante, ya que todo cérvix lacerado es potencialmente candidato a las infecciones.

Por último, también desempeña un papel definitivo la pequeña porción del istmo con su mecanismo esfinteriano, previene el ascenso de microorganismos. Cuadro Núm. 1

(HISTORIA NATURAL).

Programa y Etapa	Exámenes de Laboratorio y Gabinete Recomendables	Terapéutica Recomendada	Dosología y Vía de Administración	Duración en días	Frecuencia de consulta	A. Efectos Colaterales B. Contraindicaciones	Observaciones, Criterio Clínico de Curación
Programa 01 Etapa 1	Estudio bacteriológico del exudado vaginal.	1. Nitrofurazona. Avulsas (12). • Aseo anal en sentido anterior-posterior. • Abstención de relaciones sexuales durante el tratamiento.	Un óvulo al día vaginal. Niñas: una candiella cada 24 hrs. vía vaginal.	14 días	Cada 7 días	1. A- Irritación local. 1. B- Ninguna.	1. Desaparición de síntomas y signos, Examen bacteriológico negativo.
Programa 02 Etapa 1	Misma exámenes del programa 01.	1. Metronidazol tabs. 250 mgrs. (10) Este tratamiento puede ser sustituido por nifuratel. En caso del adulto es necesario dar tratamiento a la pareja.	Adultos: 250 mgrs. - dos veces al día. Niñas 5 mgrs. x kg. cada 12 hrs. V.O.	10 días 8 días	Cada 10 días	1. A- Náusea, vómito, cefalea, dermatoma. 1. B- Primer trimestre de la gestación, ingestión de bebidas alcohólicas.	Mismo criterio que programa 01.
Programa 03 Etapa 1	Misma exámenes del programa 01.	2. Iffortel tabs. 250 mgrs. vaginal (10). Misma recomendaciones higiénicas del programa 01.	Adultos: 250 mgrs. dos veces al día vía vaginal.	6 días	Cada 10 días	2. A- Irritación local e hipersecreción vaginal. 2. B- Ninguna.	Mismo criterio que programa 01.
Programa 04 Etapa 1	Misma exámenes del programa 01.	1. Iprocilina G. prorfina con penicilina cristalina Fco. amp. 800,000 U. Este medicamento puede ser sustituido por: 2. Eritromicina caps. 250 mgrs. (12). Niñas: Suspensión Fco. 60 ml., 25 mg. x ml. Misma indicaciones higiénicas del programa 01.	Adultos: un frasco cada 12 hrs. I.M. Niñas: un frasco cada 24 hrs. I.M.	5 días 5 días	Cada 5 días 7 días	1. A y B- Hipersensibilidad 1. A. Diarrea, náusea, erupción cutánea. 2. B. Colestasia.	Mismo criterio que programa 01.

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
Promoción de la Salud	Protección Específica	Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno	Limitación del Daño	Rehabilitación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación para la salud. 2. Alimentación y estado nutricional adecuados. 3. Vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables en el hogar. 4. Saneamiento ambiental. 5. Educación sexual y control prenatal. 6. Información básica y general sobre la enfermedad a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada higiene personal. • Aseo anal en sentido antero posterior. • Evitar ropa sucia y ajustada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar interrogatorio y exploración físicas adecuadas al paciente y solicitud de exámenes de laboratorio necesarios. • En caso necesario elaborar estudio médico-integral del médico familiar. • Descubrimiento de casos individuales en grupos de población. • Exámenes periódicos selectivos a ciertos grupos de población. • Instalar en tratamiento a la pareja. <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 40px;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Cervix</p> <p>Vagina</p> <p>Vulvitis</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-right: 5px;"> <p>Edad de Reproducción y Uterino</p> </div> <div style="margin-right: 10px;"> <p>Inespecífica</p> <p>Específica</p> <p>Vaginitis Serol</p> <p>Inespecífica</p> <p>Específica</p> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>Aguda</p> <p>Crónica</p> <p>Ulcerada</p> <p>Tricomoniásica</p> <p>Monilíásica</p> <p>Gonocócica</p> <p>Tricomoniásica</p> <p>Monilíásica</p> <p>Gonocócica.</p> </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento adecuado para impedir un estado más avanzado de la enfermedad y para prevenir más complicaciones y secuelas. • Proveer facilidades para limitar el daño. • Información básica que se debe proporcionar al paciente y sus familiares para evitar complicaciones. • Mecanismo y medio de transmisión de la enfermedad. • Importancia de no interrumpir el tratamiento sin orden médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reentrenamiento y Educación de la incapacidad. • Ubicación selectiva de la rehabilitación.
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA

ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA PÉLVICA.

Patología que ocupó el segundo lugar durante el estudio. Dentro de estas alteraciones se engloban; al cistocele, -- rectocele, enterocele y prolapso uterino. Patologías debido a la relajación de los soportes pélvicos.

CISTOCELE.- Descenso de la pared anterior de la vejiga y el trigono hacia el introito de la vagina.

Cistocele G-I; G-II.- Al esfuerzo descenso de la pared anterior de la vejiga sin llegar al introito vaginal; al introito vaginal y fuera del introito respectivamente.

Síntomas.- Sensación de cuerpo extraño; síntoma que puede ir en proporción al grado del cistocole, pero no es una regla y que también puede ir asociado a la incontinencia urinaria de esfuerzo. Aunque este síntoma es de más común y el más importante asociado con el cistocole, este trastorno como tal no provoca incontinencia de esfuerzo y su reparación no la corrige.

RECTOCELE.- Es una hernia rectovaginal causada por la disgregación del tejido conjuntivo fibroso entre el recto y la vagina. Se aplica la misma clasificación que para el cistocele, solo que aquí desciende la pared posterior de la vagina.

PROLAPSO UTERINO.- Es la procedencia ormonal del útero através de una abertura en el piso pélvico o hiato genital. Grado -I;G-II, G-III.Al esfuerzo descenso del itsmo uterino sin

llegar a las espinas ciáticas.; llega a la espinas ciáticas; y rebaza las espinas ciáticas y respectivamente y prolapso total.

CONSIDERACIONES GENERALES.- Partos traumáticos, multiparidad, edad etc. como factores adicionales para el prolapso uterino de mencionan:- Condiciones generales, obesidad, asma y tumores pélvicos.

ESTERILIDAD.

En el seguimiento del estudio se encontró que esta alteración ocupó el cuarto lugar; en un porcentaje de 6.59 %.

El estudio de esta problemática debe incluir un estudio integral y debe adoptarse un sistema de trabajo, independientemente que sea realizado por un especialista o por un Médico General.

Debe considerarse una problemática de ambos cónyuges, pero los resultados de la investigación determinan un factor causante en la mujer como en el hombre y rara vez en ambos.

En términos generales, emergen cuatro factores que afectan las posibilidades de fertilidad o fecundidad.-

- 1.- Edad de la esposa.- fecundidad máxima es en las proximidades de los 24 años, desciende gradualmente hasta los 30, y posteriormente declina con rapidéz.
- 2.- Edad del esposo.- En el varón la máxima fertilidad es a los 24-25 años, dando lugar a concepciones en 75 % de copu

los en menos de 6 meses.

3.- Índice de copulación.

4.- Duración de la exposición.

FACTORES FEMENINOS.- Generales.- trastornos dietéticos anemias severas, miedo ansiedad etc. (hipotálamo).

DEL DESARROLLO.- Ausencia o hipoplásia del útero, anomalías uterinas, disgenesias gonadales.

Endócrinas.- Insuficiencia suprarrenal, trastornos tiroideos, hiperplasia suprarrenal, falla ovárica.

FACTORES ESPECIFICOS.- Cervicales, uterinos, tubarios y ováricos

PROBLEMA GENITAL.- Inflamación pelviana, TB; endometriosis, miomas y pólipos, cervicitis y vaginitis, obstrucciones tubarias.

FACTORES MASCULINOS.- Generales. Fatiga, exceso de tabaco y alcohol, miedo, impotencia etc. Circunstancias profesionales (exposición a sustancias radioactivas, metales (plomo, hierro, Zinc) pinturas etc.

Del desarrollo.- Testículos sin descender, aplasia germinal testicular, hipospádias, síndrome de Klinefelter.

Endócrinos.- Insuficiencia pituitaria, deficiencia tiroidea, hiperplasia suprarrenal.

Problema Genital.- Orquitis; parotiditis, infección venérea prostatica,

FACTORES CONJUNTOS.- Mal acoplamiento conyugal, problemas sexuales, ignorancia (sediluvios, derrame seminal etc). bajo índice de fertilidad, incompatibilidad inmunológica.

REQUISITOS MINIMOS DE DIAGNOSTICOS en el VARON.- Historia y exploración física; estudios de laboratorio, serología, recuento hemático, y tasa de sedimentación análisis de orina (incluyendo sedimento); secreción prostática (muestra fresca). Espérmiograma.

REQUISITOS MINIMOS DE DIAGNOSTICOS.- en la mujer.

1.- Historia y exploración, 2).- estudios de laboratorio (serología, Bh y velocidad de sedimentación, análisis de orina, 3).-- test postcoital, 4).- biopsia de endometrio, insuflación tubárica, 5).- Varios.- Papanicolau, test de Fern-spinnbarkeit (filantez), frotis cervical, Investigación de cándida, monilla, tricomonas etc. Test de incompatibilidad entre el moco cervical y el semen. 6).- yodo protéico en suero y metabolismo basal.

Una revisión reciente con respecto a los motivos frecuentes muestran que.- el factor masculino son responsables del 30 al 35 % de las parejas estériles; el factor tubárico ocupa el 30 al 35 %; factor cervical 20 % y el factor hormonal 15 %, también se reporta que en nuestras pacientes el factor hormonal es más elevado.

Un estudio reciente realizado por el Dr. Rogelio García F. acerca del factor ovárico como etiología de esterilidad re

porta que se estudiaron 218 parejas, a las cuales se investigaron sistemáticamente los diferentes factores de esterilidad.

a) espermograma b) curva de la temperatura basal para el factor ovárico, c) la prueba postcoito, para valorar la funcionalidad del cervix, d) prueba quimográfica de presión histero-tubárica, para permeabilidad tubárica. En caso de anormalidad en estos factores se efectuaron exámenes pertinentes para el diagnóstico etiológico de la anormalidad.

La evaluación de la respuesta ovulatoria se efectuó al través del registro de la temperatura basal (biopsia de endometrio y/o pregnadiol urinario en casos especiales); considerando se como respuesta ovulatoria normal, cuando ésta era bifásica, con una elevación en la segunda mitad del ciclo superior a 26.80C y que se mantenía así por más de 12 días.

Teniendo como resultado del total de paciente III mujeres no estaban ovulando (41.4), la etiológica de la anovulación fué distribuida en 4 grupos, la gran mayoría (80 %) como disfunción hipotálmica; 21 parejas se le atribuyó la esterilidad a la ausencia de ovulación como único factor, mientras que en el 81 % se encontraron otros factores contribuyentes, destacando por orden de frecuencia el factor cervical (44.4 %).

Hipotiroidismo 18 pacientes, síndrome suprarrenal genital 2; siendo el mayor número catalogado como anovulación de --

origen hipotalámico 89 pacientes, a las cuales se les administró citrato de clomifeno en dosis progresivas, teniendo como resultado que el 86.5 % ovuló, el resto abandonó el tratamiento.

Conclusiones.- Para proporcionar la mejor ayuda a la pareja infértil, que vive esta como un drama es importante comprender en todas sus dimensiones humanas y al mismo tiempo es obligación conocer muy bien las técnicas específicas más recientes; en esta fase es en la cual debe intervenir el Médico Familiar (informando a los conyuges acerca de las anomalías descubiertas durante el estudio metódico; como 2o lugar informar los progresos realizados en las investigaciones (técnicas específicas más recientes).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los padecimientos Ginecológicos deben ser diagnóstica dos oportunamente, algunos de los cuales pueden ser resultado - en el primer nivel, y tratar de evitar la sobresaturación en la consulta externa de segundo nivel; por lo que se analizarán las solicitudes de envío en los período de seis meses; del 1º de Ju lio al 31 de Diciembre de 1984 de la U:M:F; No l lo que nos lle vara a investigar la justificación de los envios, si el estudio y tratamiento fué el adecuado, si hubo congruencia entre los - diagnósticos de envío a segundo nivel y si existen adecuados ca nales de comunicación que sirvan como marco de referencia y re troalimentación. Estimo que las respuestas a estas interogan-- tes permitirán motivar al Médico Familiar para que mediante una adecuada capacitación este apto para resolver esta problemática.

HIPOTESIS:

La falta de análisis exhaustivo de los síntomas y sig nos y sobre todo de una exploración Ginecológica adecuada, así como la falta de solicitud de exámenes paraclínicos correspon-- dientes lo cual genera un injustificado aumento de envíos a se gundo nivel que disminuiría ostensiblemente con un análisis co rrecto por el Médico Familiar y una coherente comunicación en-- tre el segundo y primer nivel.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.-

Determinar en base a la historia natural de la enfermedad los padecimientos ginecológicos que verdaderamente justifiquen el envío a segundo nivel, y motivar al Médico Familiar a un análisis adecuado de cada patología y evitar envíos innecesarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

De acuerdo al objetivo general.

- I.- Investigar, actualizar y analizar los adelantos recientes en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los padecimientos Ginecológicos que generan solicitud de atención al segundo nivel.
- II.- Examinar si el envío es justificado, oportuno, y si fué congruente con los establecidos en el segundo nivel.
- III.- Valorar si existen adecuados canales de comunicación entre el primero y segundo nivel de atención médica, que sirva como retroalimentación.
- IV.- Motivar al Médico Familiar, para que mediante una adecuada actualización, eleve su nivel cognocitivo y trate integralmente estos problemas que son de primer nivel.

PROGRAMA DE TRABAJO:-

Material y método.- Para la realización de este trabajo se analizarón al azar 100 solicitudes de interconsulta, de las pacientes canalizadas por la U.M.F. No. 1 de Orizaba, Ver.-

Del segundo semestre de 1984; (1o de Junio, al 31 de Diciembre de 1984). De dichas solicitudes se analizarón:- La patología mas frecuente, la que ameritó el envío; errores de diagnóstico, oportunidad del envío y si éstos contaban con exámenes de laboratorio.

Se eliminarán las solicitudes de tipo obstétrico.

RECURSOS:-

Humanos.- Médico residente.

Un Ginecólogo.

Técnicos.- Forma 4-30-8.

Expediente clínico.

Bibliohemeroteca.

RESULTADOS:

En el análisis de las solicitudes de interconsulta se obtuvieron los siguientes resultados:-

Se analizaron al azar 100 expedientes clínicos de las pacientes canalizadas en los meses de Julio a Diciembre de 1984 a la consulta externa de Ginecoobstetricia; de los cuales se eliminaron 24 por pertenecer al servicio de obstetricia (20 embarazos a término y cuatro legrados); por lo tanto Ginecológicos -- fueron 76 casos.

Encontrando qué el mayor número de envíos fué de pacientes entre los 20 y 40 años de edad en un total de 52 pacientes que equivale al 68.42 % y que corresponde también a la etapa de vida sexual activa, lo que coincide con lo reportado con la Literatura; las edades variaron entre los 16 y 77 años con una media de 34.6 (ver gráfica N- 1.).

La patología que causó mayor número de envíos fué la cervicovaginitis en un total de 26 casos (34.1 %), siendo 15 casos de cervicitis erosivas (justificados) el resto fueron únicamente cervicitis (11 casos). además se encontró qué 18 casos no contaban con exudado cervicovaginal.

En segundo lugar las alteraciones de la estática pélvica siendo 10 casos. (13.15 %).

Ocupando el tercer lugar las pacientes enviadas para-

control definitivo de la fertilidad, 7 casos (9.21 %).

En cuarto lugar fueron pacientes con esterilidad primaria 5 casos (6.57 %).

Quinto lugar fueron pacientes con hemorragia uterina-disfuncional y las de CaCu in situ con 5 casos cada una (5.26%) (ver gráfica No 2).

En seguimiento que se realizó de los casos, se encontró que estuvieron justificados 65 casos (85.53 %) por lo tanto injustificados el 14.47 %. A la vez se encontraron 18 casos no oportunos (23.68 %); haciendo la aclaración que éste parámetro no se logró realizar de, manera fidedigna, ya que no todas las solicitudes referían, si las pacientes eran vistas por primera vez o subsecuentes.

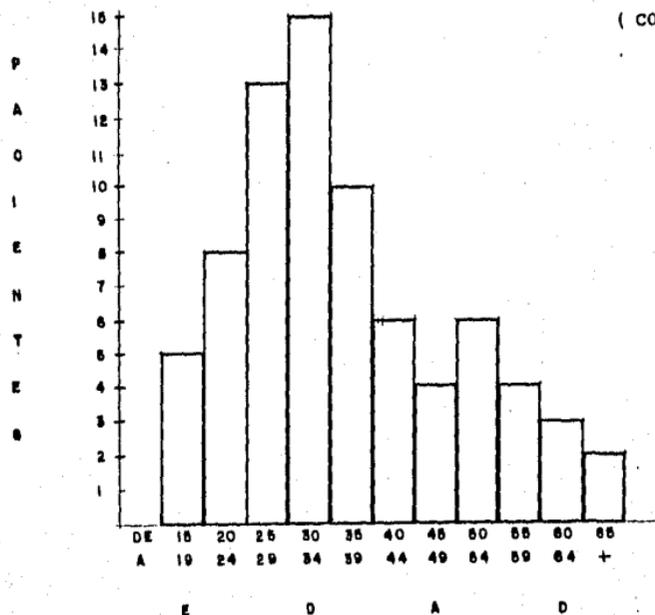
Por otra parte se analiza haciendo énfasis; en un porcentaje bastante elevado de pacientes enviadas sin estudio integral para emitir al diagnóstico más acertado. Lo que ilustra la gráfica No. 3.

Finalmente se eliminaron los casos que en la solicitud no se indicaba si hubo o no tratamiento.

GRAFICA I

EDAD DE PACIENTES CANALIZADAS A SEGUNDO NIVEL

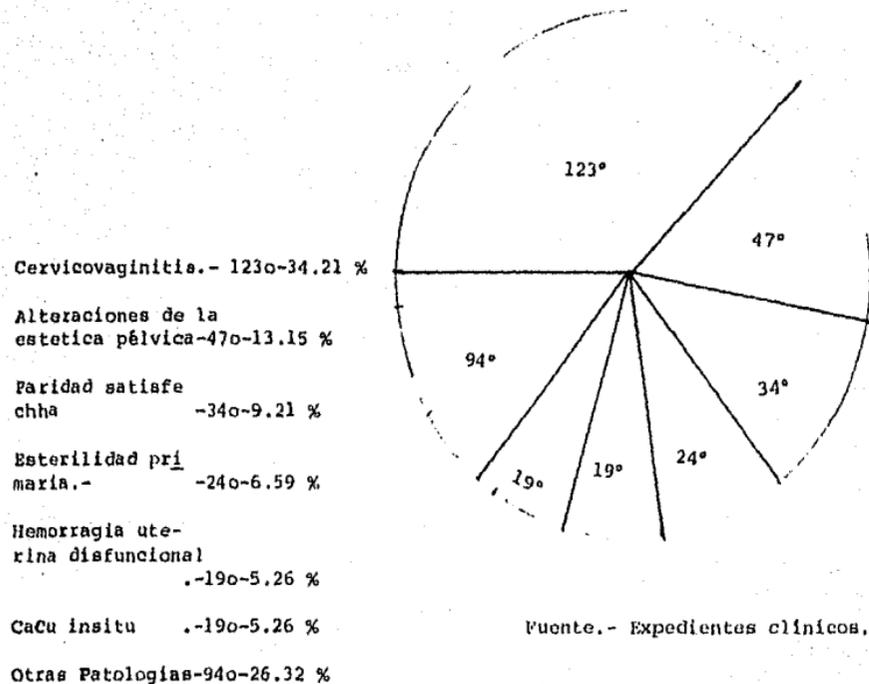
(CONSULTA EXTERNA).



FUENTE.- EXPEDIENTES CLINICOS.

GRAFICA 2

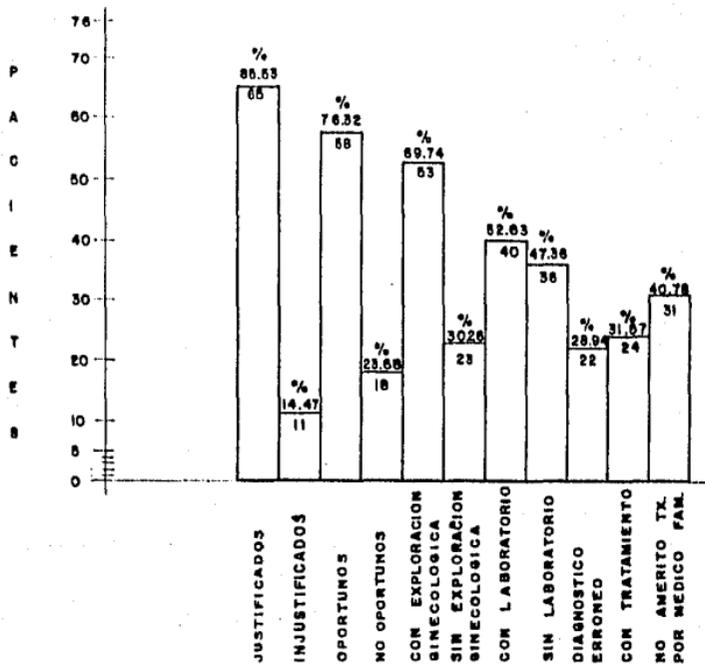
PATOLOGIA QUE CAUSO MAYOR NUMERO DE ENVIOS:



Fuente.- Expedientes clínicos.

ESTADISTICA FINAL DE LOS

ANALISIS DE ENVIO:



Fuente.- Expedientes Clínicos.

GRAFICA. 3

CUADRO No. 2

ERRORES DIAGNOSTICOS.

DIAGNOSTICO POR EL MEDICO FAM.	DIAG. DE GINECOLOGIA:
Hemorragia Uterina disfuncional	Cervicitis erosiva sangran te.
Embarazo Intrauterino (20 sem). Descartar mola.	Huevo Muerto v Retenido Embarazo 15 semanas
Miomatosis Uterina Ca. de mamá	Embarazo de 8 semanas amenaza de aborto
Cistocele-prolapso Uterino grado I	Cistocele G. III, Rectocele G. I, Descenso uterino G -III
Miomatosis Uterina	Premenopausia.
Tumoración labio mayor izq.	Quiste de la glándula de - Bartoline.
Cervicitis crónica-miomatosis Uterina - Ulcera Cervical	CaCu.
Cervicitis Crónica	Cervicitis erosiva
Esterilidad Primaria	Azospermia Idem por Factor Masculino (Mal Canalizada)
Prolapso Uterino	Cistocele G-III
Mastitis Izquierda	Fibroadenoma
Cistocele G-II	Prolapso Uterino - Cistocele
Esterilidad Secundaria Femenina 38 años.	Premenopausia.
Cistocele G -II-Cervicitis Erosiva.	Colpocele G-I-II. Ulcera Periorificial.
Anexitis - Probable Quiste de ovario Izquierdo.	Sangrado disfuncional.
Esterilidad	Sana (ya quetenia solo 6 meses con V.S.A.
Cervicitis	Cervicitis Erosiva.
Cervicitis tumoral	Cistocele G-I-II.
Probable Quiste de Ovario	Cervicitis Erosiva
Pólipo Endocervical	Mioma Submucoso Pediculado.
Cervicitis Crónica	Vulvovaginitis

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

C O N C L U S I O N E S :

Filtro importante definitivamente lo es el Médico Familiar, mediante el estudio clínico completo del paciente. Ya - qué de él depende la resolución inmediata de la patología encontrada o el envío oportuno a segundo nivel y de ser posible con sus auxiliares de laboratorio y gabinete solicitados, o ya bien con sus resultados.

De la investigación realizada se concluye que es muy-BAJO el índice de envíos injustificados al segundo nivel; pero es evidente que un porcentaje un poco mayor no fueron enviados oportunamente y de suma importancia e injustificada un alto porcentaje de pacientes en las que se emite un diagnóstico de probabilidad sin haber efectuado una exploración ginecológica, lo que lleva de la mano a la emisión de un diagnóstico erróneo, lo cual se corrobora en este estudio por el porcentaje similar al dato anterior.

Cifras susceptibles de mejorarse si se consideran las alternativas de solución.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION:

- 1.- Actualización Médica continua, ya que esta profesión así lo requiere. Permitiendo otorgar una prestación de mejor calidad.
- 2.- Que el Médico Familiar envíe bien estudiado al paciente, lo que permitirá al Médico interconsultado tener un panorama adecuado del problema y plantear desde la primera consulta el camino a seguir en el tratamiento, lo que traería como consecuencia un ahorro en horas de consultas y evitaría traslados innecesarios del paciente, utilizando así en forma apropiada los recursos de la institución.
- 3.- Sesiones clínicas (bibliográficas), cuando menos una vez por semana de las patologías de mayor índice.
- 4.- El Médico debe conocer el estado de su población; por ejemplo si tiene un gran número de pacientes diabéticos, estudiar y solicitar asesoría en estos temas en particular, lo que permitiría un manejo similar ó aproximado al del segundo nivel.
- 5.- Intentar que el Médico Familiar visite sus pacientes cuando estén hospitalizados ya que de ésta manera le permitirá la continuación del caso, habiendo comunicación con el segundo nivel.
- 6.- Los jefes del departamento clínico conocen por medio del -

control de calidad, las áreas en que los Médicos necesitan actualizarse; y así utilizar los cursos en la mejor forma posible.

- 7.- Que el jefe del departamento clínico evalúe la calidad técnica de los servicios Médicos impartidos en su unidad, sugiriendo las modificaciones pertinentes para lograr la superación de los mismos. así como coordinarlos en el otorgamiento de la atención Médica y vigilar que el Médico esté preparado para trabajar en equipo.
- 8.- Que el Médico especialista envíe un resumen de las interconsultas con Diagnóstico, estudios practicados y tratamiento; o en su defecto sí el paciente no ameritaba la interconsulta expresarlo.
- 9.- Que el Médico del primer nivel atienda un número razonable de consultas en su horario asignado, ya que la sobresaturación induce a los que se está consignando en el estudio.

ESTA TESIS NO DEBE
BIBLIOTECA DE SALUD DE LA INSTITUCION

- 1.- Lowenberg, E: Evaluación de la medicación tópica fibrinolítica en la cervicovaginitis erosiva. Ginecología y Obstet. Mex. Agosto 1969 ; 26 235-240.
- 2.- Bravo S. Jorge: estudio de 505 casos de hemorragia uterina anormal y correlación anatomoclínica con biopsia de endometrio. Ginec. obstet. Mex. Septiembre 1969:26:355-365.
- 3.- Vargas L. Eleazar: Miomatosis uterina. Aspectos clínicos y terapéuticos. Ginec. Obstet. Mex Febrero, 1983:51 39-42.
- 4.- Huffman, Johnw: Vulvovaginal disorders. Postgrad Med. Febrero, 1983;73:(2);230-231.
- 5.- Novatny, Thomas: Vaginal diseases. Postgraduate Med. Mayo, 1983;73:(5);303-306.
- 6.- Ruiz, Antonio: Cervicitis por Clamydia. Ginec Obstet. Mex. Septiembre, 1984;52No. 329;215-219-220.
- 7.- Sandoval, Carlos: Candidiasis y tricomoniasis vaginal. Ginec. Obstet. Mex. Agosto 1983;5: 199-200.
- 8.- Novak, Edmund: Cervicitis y Pólipo cervical. Tratado de -- Ginecología, México, Edit. Interamericana, 1977,225-220.
- 9.- Krupp A, Marcus: Vulvovaginitis. Diagnóstico Clínico y --- Tratamiento, México, Edit. El Manual Moderno, 1981,512-514
- 10.- Cinningham, F: La patogénesis Bacteriana en la pelvipatía-inflamatoria aguda. Actualización en Ginecología, Obstetría y planificación Familiar. Asociación Mex. de Ginec. y

Obst. Enero 1979; 3-6.

- 11.- Gonzalez Q. Humberto: Un modelo de control de calidad en la consulta externa. Revista Médica, I.M.S.S. 1981; 19 No5 595-598.
- 12.- Huffman, John: Dyspareunia of vulvovaginal origin. Postgraduate Med. Febrero, 1983;73: 287-291.
- 13.- Huffan, John: Atrophis vulvovaginitis cystocele and uterine descensus. Postgraduate Medicine. Junio, 1982:40-42.
- 14.- Kistner W, Robert: Relajación vaginal. Tratado de Gineología, Barcelona, Ediciones Toray, 95-99.
- 15.- Perez S, José Luis: El efecto tricomicida, fungicida y bactericida, del ácido metacresolsulfónico con metanol en cervicovaginitis. Ginec Obstet. Mex Febrero 1983, 51:43-47.
- 16.- Dewhurst, CH.J: Cervicovaginitis. Gynaecological disorders of infants and children, Philadelphia: F.A. Davis Company, 1963, p. 20.
- 17.- Benson C, Ralph: El ciclo menstrual anormal. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos, México, Edit. El manual moderno, 1979:122-123.