

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CAUSAS POR LAS QUE EL MEDICO DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION NO OTORGA TRATAMIENTO
A LA PAREJA SEXUAL DE MUJERES CON
VULVOVAGINITIS EN 10 UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE.**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL

DR. LUCAS ZAMORA RAUL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALIDAD EN

MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR



ISSSTE

2004

MEXICO, D. F. ~~1999~~



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SUBDIRECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CAUSAS POR LAS QUE EL MEDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO OTORGA TRATAMIENTO A LA PAREJA SEXUAL DE MUJERES CON VULVOVAGINITIS EN 10 UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE REALIZA
EL DR. LUCAS ZAMORA RAÚL

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
JEFA DE ENSEÑANZA Y PROFESOR TITULAR
CLÍNICA DR. IGNACIO CHÁVEZ

T. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
FEB. 28 2000
SUBDIRECCION MEDICA DR. IGNACIO CHAVEZ

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS

ENTRADA
02 MAR 2000
Subdireccion d.
Enseñanza e
Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE POSGRADO

**CAUSAS POR LAS QUE EL MEDICO DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN NO OTORGA TRATAMIENTO A LA PAREJA SEXUAL
DE MUJERES CON VULVOVAGINITIS EN 10 UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE REALIZA

EL DR. LUCAS ZAMORA RAÚL



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ-ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

A MI MADRE

Por todo su apoyo.

A MI FAMILIA:

**Porque todas las privaciones
son hoy recompensadas.**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS.....	17
METODOLOGÍA.....	20
RESULTADOS.....	28
ANÁLISIS.....	36
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	43

INTRODUCCIÓN.

La infección ginecológica representa el 22.34% de las consultas del médico de familia (2), la vulvovaginitis se define como la asociación de síntomas vulvares y vaginales que incluyen irritación, dolor e inflamación. (4) El 44.2% corresponde a un sólo agente etiológico el 3.5% esta relacionado a dos agentes (1), etiologicamente se encuentran diversos agentes causales de vulvovaginitis, siendo los tres principales la candidiasis, tricomoniasis y Gardnerella, las manifestaciones clínicas son diversas en cada una de ellas, donde el diagnóstico se realiza en la clínica y mediante auxiliares de laboratorio, en donde encontramos la realización del papanicolau, frotis de exudado vaginal, cultivo vaginal, tinción de gram, considerándose al frotis como el auxiliar diagnóstico de excelencia en la mayoría de los casos (10, 13, 14, 15) el tratamiento es específico en cada uno de los casos, con referencia al tratamiento a la pareja sexual, diversos autores hacen mención de su tratamiento conjunto al de la paciente, como medida preventiva, pero no se hace mención en donde no se debe de otorgar el tratamiento, este estudio esta enfocado para conocer las causas del no tratamiento a la pareja sexual encontrándose dos estudios similares realizados en el IMSS, donde se informa sobre causas institucionales, medicas e inherentes a la paciente, se referirán las causas encontradas en este estudio como complemento a los anteriores.

MARCO TEÓRICO

Las infecciones ginecológicas constituyen una causa frecuente de consulta ginecológica(1). El Médico de familia constituye la puerta de entrada al sistema de salud, por tal motivo se enfrenta con una gran gama de patologías de diferente índole, la infección ginecológica es una de las patologías frecuentes que representa el 22.34% de los motivos de consulta que le Médico de familia ve periódicamente(2), por otra parte los síntomas vaginales, principalmente la leucorrea son responsables de un 10% de las consultas que demandan las mujeres a los Médicos de primer nivel, de ellas más del 90% de los casos pertenecen a alguna de las siguientes tipos vaginosis bacteriana, monoliasis o tricomoniasis(3).

DEFINICIÓN

En la práctica los términos vulvitis, vaginitis y vulvovaginitis son usados en forma indiscriminada para definir las condiciones inflamatorias del tracto genital femenino, estos términos se pueden emplear en forma adecuada de acuerdo a la localización de la infección, así cuando la infección se localiza en la región vulvar se empleara el término vulvitis,, cuando se localiza en la región vaginal, vaginitis, cuando una infección primaria (vaginitis) se complica causando ulceración de la vulva (vulvitis) se empleara el término vulvovaginitis, presentando síntomas asociados que incluyen irritación, dolor e inflamación(4), la vaginosis es no es considerada como una vaginitis, sino como una alteración microecológica de la flora vaginal que ocasiona flujo fino, homogéneo con olor característico(1).

EPIDEMIOLOGÍA

La vulvovaginitis es un problema común en las mujeres, sobre todo en aquellas que han iniciado vida sexual activa, siendo una de las mayores

causas de consulta ginecológica por lo que acuden a atención primaria (4), estas manifestaciones ginecológicas representan el 22.34% de los motivos de consulta ginecológica que ve el Médico de familia(2), en estudios realizados se han encontrado un gran porcentaje a referencia del 44.2% que correspondió a un solo agente etiológico infeccioso, el 3.5% estuvo relacionado con la asociación de dos agentes o infecciones mixtas o parasitarias(1).

En niñas y adolescentes, la vulvovaginitis la causa contraria al inicio de la vida sexual activa se relaciona con distintos puntos causantes de irritación local, infección en donde la vulvovaginitis no específica acontece en un 25 a 755 (4), en México la visita de pacientes femeninos a la consulta externa anualmente representa las infecciones vaginales causadas por Candidiasis vaginal el 25%, tricomoniasis el 25% y la vaginosis bacteriana un 45%, siendo por tanto la candidiosis y la tricomoniasis las causas más frecuentes de vulvovaginitis (2).

ETIOLOGÍA

La vagina de mujer adulta y con vida sexual activa contiene gran cantidad de microorganismos, dentro de los cuales juega un papel importante el lactobacillus acidophilus o bacilo de Doderlein, que mediante fermentación láctica mantiene un pH de un medio ácido limitado en esta forma el crecimiento de los organismos potencialmente patógenos, diversos mencionan como las tres principales causas de vulvovaginitis a Candidiasis, tricomoniasis y Gardnerella vaginalis(2,1).

La etiología de niñas y prepuberes son multifactoriales, específicas infecciones en niñas y adolescentes están relacionadas a padecimientos respiratorios, entéricos o enfermedades con microorganismos sexualmente transmisibles, los patógenos del aparato respiratorio incluyen al estreptococo beta hemolítico del grupo A, estreptococo phyogenes,

estreptococo pneumoniae, niesseria meningitidis, hemofilus influenza en una gran relación en padecimientos de vaginitis.(4)

Shigella es el patógeno entérico causante de mayor relación de vaginitis, lo mismo que Yersenia, se ha encontrado casos aislados causados por Entamoeba histolytica como causante.(5)

La cándida es la causa más frecuente de vulvovaginitis aun en chicas prepuberes, en las cuales se mencionan factores que contengan predisposición para tal padecimiento (6), por otra parte los organismos asociados a enfermedades sexualmente transmisibles se mencionan en primer lugar N. Gonorrea y Clamydia Trachomatis esto relacionado en mujeres que recibieron algún tipo de agresión sexual.(7,4)

La importancia de Candida radica en que es un microorganismo en que se encuentra con frecuencia resistencias al tratamiento medico.(8)

Gardnerella vaginalis es un organismo de gran importancia en padecimientos ginecológicos, en estudios realizados es la principal causa bacteriana de vaginosis, esta entidad en un principio se conocía como vaginitis inespecífica, la Gardnerella vaginalis se encuentra presente en la vagina de un 40% a un 50% de las mujeres sin vaginosis o aun en aquellas que recibieron tratamiento para este trastorno, se asocia con enfermedades del tracto genital superior, trabajo de parto, niños pretérmino, corioamnionitis, enfermedad pélvica inflamatoria y sangrado uterino anormal.(9)

La tricomoniasis es causa común de vulvovaginitis(1), la transmisión perinatal es rara causa de uretritis y vaginosis debido a los altos niveles de estrógenos en los infantes, encontrándose más frecuentemente en aquellas mujeres con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual caracterizándose como infecciones severas teóricamente posible en prepuberes.(4) la vulvovaginitis es la causa de alteraciones en la

menopausia por deficiencias estrogénicas y alteraciones anatómicas en la vagina.(10)

Los agentes etiológicos de vulvovaginitis en mujeres embarazadas no difieren mucho de las no embarazadas, así podemos mencionar Candidiasis, Tricomoniasis, vaginosis bacteriana, agregándose infecciones por herpes virus tipo I e infecciones inusuales causadas por parásitos como el *Enterobius vermicularis*, el cual muchas veces cursa asintomático, siendo la única manifestación clínica el prurito, la escabiasis es otro parásito encontrado así como la pediculosis.(11)

PATOGÉNESIS

La mujer por naturaleza, por su anatomía genital y factores etiológicos, contiene factores que predisponen para padecer vulvovaginitis, durante el periodo neonatal la vagina es afectada por los niveles estrogénicos de la madre, los cuales son más elevados, el descenso brusco de estos niveles son los causantes de hipertrofia del epitelio vaginal con estimulación en el cérvix, manifestándose con descargas blancas en el neonato, conforme los niveles van decreciendo, la mucosa vaginal gradualmente se atrofia, conservando un pH de 6.5 a 7.5, la región vulvar de las prepuberes son susceptibles a la irritación, generalmente causadas por la mala higiene la proximidad de la vagina con el ano es condicionante de irritación vulvar(12), la típica flora normal de la vagina lactobacilli, estafilococo epidermis, estreptococo alfa son los más identificados por los estudios realizados, *E. Coli* se presenta en chicas prepuberes por la mala higiene de sus genitales, finalmente la leucorrea asociado a niveles estrogénicos se relaciona a pacientes con alteraciones hormonales condicionantes de vulvovaginitis.(4) Durante los días premenstruales y postmenstruales la secreción vaginal es lechosa y puede aparecer en forma de pequeños terrones blancuzcos de material secretado, hacia la mitad del ciclo predomina el moco cervical y, la secreción es transparente y líquida en la embarazada como consecuencia del estado hormonal y de la congestión

genital, aparece un exagerado desprendimiento de células vaginales, hay trasudación vaginal y aumenta la secreción del moco cervical.(2)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las infecciones vaginales son causa frecuente de consulta ginecológica, entre ellas se encuentran entidades nosológicas como la candidiasis vaginal y la vaginosis bacteriana, causadas por un crecimiento desordenado de microorganismos que normalmente están presentes en el aparato reproductor femenino y, que no necesariamente son enfermedades del aparato reproductor y, que no necesariamente son enfermedades de transmisión sexual, clasificadas como bacterias, hongos, virus y protozoos, recientemente se ha considerado que aún las infecciones más leves del aparato reproductor pueden incrementar el riesgo de contagio por el virus del SIDA, es por eso importante la atención de ellas. En los Estados Unidos, los síntomas vaginales son las causantes de más de 10 millones de visitas femeninas en la consulta externa anualmente.(1,2)

La tricomoniasis vaginal, es causada por un microorganismo denominado, *Trichomona vaginalis*, protozoo flagelado, anaerobio, este es adquirida predominantemente por vía sexual, por lo que es catalogada como una enfermedad de transmisión sexual, es asintomática en un 50% de los casos en mujeres y 90% en los hombres, el síntoma principal es el flujo el cual es de color verde-amarillento, espumoso y abundante, la paciente se queja de prurito vaginal y dispareunia. Al examen físico ginecológico se observa un flujo con las características mencionadas, que se depositan en el fondo de saco vaginal, la mucosa muestra enrojecimiento difuso y, en el fondo de saco posterior se muestra un aspecto granular, lo que es patognomónico, así mismo se observan pequeñas erosiones en el epitelio vaginal y en el endocervix.

El diagnóstico se realiza con un frotis en fresco, las tricomonas se identifican inmediatamente ya que son móviles, en forma de pera, flagelos

largos en uno de sus extremos y membrana celular ondulante. El examen colposcópico revela un puntilleo rojizo sobre el fondo rojo y con la aplicación de lugol la mucosa se ve rosada o rojiza y el punteado se hace blanco, entre otros métodos diagnósticos se encuentran el papanicolau, tinción de gram, giemsa y los cultivos en medios específicos, pero se ha considerado al frotis como el método diagnóstico en la mayoría de los casos.(10,13,14,15)

La vaginosis bacteriana es causada por un cocobacilo, gran negativo, anaerobio, denominada *Gardnerella vaginalis*, *Hemophilus vaginalis* o *corinebacterium vaginalis*, en el pasado se le denominaba vaginitis inespecífica, actualmente se denomina el término vaginosis bacteriana, ya que no se encuentran leucocitos ni signos inflamatorios en la mucosa vaginal y, bacteriana porque a pesar de que la *Gardnerella* esta presente, no es el único ni principal agente etiológico, en donde se produce un cambio en la flora vaginal, desapareciendo los *Lactobacillus* y existiendo gran cantidad de gérmenes, entre ellos la *Gardnerella*, *Mycoplasma* y sobre todo anaerobios como bacteroides, peptococos, los factores de riesgo para padecerla son raza, embarazo, actividad sexual y uso de DIU.

El síntoma principal es un flujo fétido (a pescado podrido), abundante, grisáceo, homogéneo, dispareunia y olor desagradable tras el coito, debido a que el líquido seminal es alcalino y acentúa el mal olor, el examen ginecológico se observa el flujo con las características mencionadas no observándose signos de inflamación.

Existen cuatro criterios para diagnosticar las vaginosis bacterianas: a mencionar

1. Flujo grisáceo, homogéneo, poco viscoso y fétido.
2. pH vaginal de 4.5
3. Presencia de células epiteliales con conglomerados de bacterias en su superficie en el examen en fresco.
4. Test de aminas positivo.

El test de las aminas se realiza poniendo en contacto una gota de secreción vaginal con una gota de KOH al 10%, siendo positivo cuando se produce un olor desagradable (a pescado) debido a la presencia de tres aminas (putresina, cadaverina y trimelamina), que se producen en el metabolismo de las bacterias anaerobias.

La presencia de tres criterios hacen el diagnóstico de vaginosis bacteriana.

El diagnóstico como frotis en fresco se observan células de aspecto granuloso, producidos por la adherencia de bacilos en la superficie celular (clue cells), escasos leucocitos y bacilos de Doderlain entre otros métodos tenemos al papanicolau, tinción de gram (se observan bastones gram negativos intra y extracelulares), los cultivos específicos no suelen ser necesarios en más del 50% de los casos. Otros métodos diagnósticos son basados en la detección de los productos metabolizados por el microorganismo a referir: cromatografía gas líquido (succinato-lactato) y la colorimetría (aminopeptidasas).

La vulvovaginitis bacteriana ocurre al haber alteraciones en la flora normal de la vagina, y el hecho de que múltiples organismos son causantes de dicha infección, son muchos los factores causantes que alteran la flora normal, la menstruación, infecciones vaginales concomitantes, actividad sexual, múltiples parejas sexuales, mala higiene, uso de anticonceptivos, anomalías en el cuerpo uterino, además de que existen mujeres con sospecha de vaginosis que no presentan síntomas. En las mujeres embarazadas numerosos reportes sugieren que la vaginosis bacteriana elabora fosfolípidos A2, ocasionando trabajo de parto prematuro, y ruptura prematura de membranas, se han reportado casos donde se establece una relación entre *Gardnerella vaginalis* y la aparición y evolución del cáncer de cérvix. (1,2,16,17,18)

La Candidiasis vaginal, es causada por un hongo conocido con el nombre de *Cándida Albicans*, existen factores predisponentes que

favorecen la aparición de esta infección, diabetes, menopausia, antibioticoterapia, tratamiento con inmunosupresores, corticoides y anticonceptivos, es asintomática en un 25% de las mujeres, se caracteriza por un flujo blanquecino, espeso, viscoso, adherente a las paredes vaginales, grumoso como leche cortada y algunas veces purulenta, la paciente se queja de prurito, dispareunia y disuria, al examen físico ginecológico se observa un flujo con las características antes descritas, además de edema y eritema vulvar y región perineal, la vulva puede mostrar lesiones de rascado y la vagina se muestra enrojecida. El diagnóstico se hace con un frotis en fresco, al examen colposcópico se revela una colpitis a puntos blancos, entre otros métodos diagnósticos tenemos la tinción de gram, y los cultivos en medios específicos.(19,20) Una nueva dimensión de los estudios realizados a *Cándida* revela que el organismo produce gliotoxinas, epipolitrindoxopipelazine micotoxina en mujeres que se les ha diagnosticado *Cándida albicans*.(21) Otros estudios han revelado la existencia de anticuerpos anti *Cándida albicans* en 87.1%, un alto índice de anticuerpos IgE fueron mostrados a expensas del serotipo A de *Cándida Albicans*, una disminución de IgE fue relacionado a una disminución de los síntomas clínicos observados antes y después del tratamiento.(6)

La incidencia de vulvovaginitis por *Cándida Albicans* durante el embarazo ha reportado una duración de 2:20 en aquellas mujeres embarazadas, las especies de *Cándida Albicans* fueron aisladas en un 30% de muestras vaginales obtenidas de mujeres embarazadas, donde la alteración hormonal fueron causas comunes de la infección y dificultad para su cura, raros casos de sepsis neonatal por *Cándida* fueron reportados en la asociación con el uso de antibióticos en la madre, esto es básicamente a que estas mujeres fueron tratadas por presentar múltiples síntomas. (14,19).

TRATAMIENTO

La tricomoniasis es considerada como una enfermedad de transmisión sexual, la *Cándida* y la vaginosis bacteriana son consideradas por algunos autores asociadas a enfermedades de transmisión sexual.(1,22)

En la Cándidiasis el tratamiento de elección es la aplicación tópica de antifúngicos, en tabletas vaginales, por periodos cortos y preferiblemente nocturna, en casos de afectación vulvar, se puede añadir una crema dos veces al día durante 10 días.

EXISTEN VARIOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:

- Miconazol: un óvulo intravaginal de 400 mgs durante tres noches, tabletas vaginales de 100 mgs x 7 noches.
- Clotrimazol: un óvulo de 500 mgs x 3 noches; tabletas de 100 mgs x 7 noches; crema x 7 noches intravaginal.
- Isoconazol: óvulo de 600 mgs intravaginal 1 sola dosis; crema de 10 mg intravaginal x 7 noches.
- Fluconazol: 1 sola dosis de 150 mgs.
- Ketoconazol: dosis de 200 mgs 2 veces al día x 7 días.
- Itraconazol: dosis de 300 mgs x 3 días o 400 mgs dosis única.

En caso de prurito externo excesivo la crema de nistatina/acetonido proporciona alivio. La crema de hidrocortisona al 0.5% es una alternativa menos costosa, algunas veces son útiles los antihistamínicos orales como la difenhidramina o la hidroxicina, los baños fríos alivian el prurito intenso.

En casos recurrentes se recomiendan tratamiento oral a base de fluconazol 100 - 150 mgs una sola dosis. Ketoconazol 200 mgs VO dos veces al día x 14 días o Itraconazol 200 mgs VO una vez al día x 3 días.

EL TRATAMIENTO PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES SE RECOMIENDA:

- Clotrimazol 1% aplicado vaginalmente x 7 días.
- Clotrimazol tabletas vaginales x 7 días.
- Miconazol 100 mgs supositorios vaginales x 7 días.
- Terconazol 0.4% crema con aplicador x 7 días.
- Terconazol 0.8% crema vaginal x 7 días.

DURANTE EL EMBARAZO SE RECOMIENDA:

La administración tópica de antifúngicos tipo de clotrimazol, miconazol, regímenes profilácticos, clotrimazol ovula vaginal 500 mgs cada mes; Ketoconazol 200 mgs al día x 5 días cada mes; Fluconazol 150 mgs dosis cada mes, Miconazol 100 mgs dos veces por semana. (1,2,8,13,19,26)

Vaginosis bacteriana, del mismo modo que la Candidiasis es posible eliminarla por medio de tratamientos locales y orales.

Un régimen estándar es el metrodinazol por vía oral 500 mgs dos veces al día x 7 días, resulta eficaz una dosis de dos gramos, pero el índice de curación a corto plazo es más bajo y, el índice de recaídas es más alto. También se ha usado clindamicina por vía oral dosis de 300 mgs 2 veces al día x 7 días, en Estados Unidos se emplean las preparaciones vaginales de clindamicina al 2% y de metronidazol con un índice de duración del 90%, la dosis de clindamicina es con un aplicador vaginal por las noches x 7 noches y, la de metrodinazol un aplicador lleno dos veces al día x 5 días. Algunos expertos proponen tratar con metrodinazol a la pareja sexual de las mujeres.

El tratamiento en niñas y adolescentes implica metrodinazol 500 mgs x 7 días o 2 grs dosis única, metrodinazol gel 0.75% vía vaginal x 7 días, clindamicina 300 mgs x 7 días y clindamicina crema vaginal 2% x 7 noches.

Durante el embarazo se utiliza el metrodinazol 2 grs VO una sola dosis, solo después del primer trimestre, clotrimazol 100 mgs intravaginal en las noches x 7 días (evitar tratamiento durante el primer trimestre de embarazo), durante la lactancia[metrodinazol 2 grs VO en una sola dosis (se administra en suspensión de la lactancia durante 24 hrs). (14.24,25)

El tratamiento para la tricomoniasis, el fármaco de elección es el metrodinazol 2 grs VO dosis única, alternativas de tratamiento: metrodinazol 500 mgs dos veces al día x 7 días, en niñas y adolescentes y mujeres adultas doxicilina 100 mgs x 7 días,, eritromicina 500 mgs x 7 días o eritromicina 250 mgs x 14 días, Ofloxacin 300 mgs x 7 días, las mujeres embarazadas no pueden ser tratadas con metrodinazol en el primer trimestre, otras alternativas, duchas vaginales con vinagre o un tratamiento con clotrimazol tabletas vaginales de 100 gs durante 7 días, si se requiere tratamiento durante el segundo y tercer trimestre, se prescribe el tratamiento de 250 mgs x 14 días VO. Por ser una enfermedad considerada de transmisión sexual se recomienda el tratamiento a la pareja sexual.

Algunas medidas practicas que contribuyen a que las pacientes eviten infecciones repetidas incluyen: no usar jabones ni perfumes ásperos, resulta conveniente enjuagar la ropa dos veces, evitar detergentes que puedan provocar irritación, mantener la región genital seca, evitar ropas apretadas y los baños frecuentes o prolongados con agua caliente en tina, quitarse los trajes de baño mojados inmediatamente después de usarlos, recordar que la ropa interior de algodón es más absorbente que la fabricada con material sintético, informar que el hecho de asearse de atrás hacia adelante después de evacuar puede transferir a los microorganismos infecciosos, las pacientes que permiten el coito vaginal posterior al coito anal sin lavar sus genitales ni utilizar un condón nuevo, se exponen a una posible infección, recordar a las pacientes que ellas pueden contraer la infección del SIDA y otras enfermedades transmisibles, es importante que la paciente acuda a

control posterior al tratamiento, ya que la atención a estos padecimientos debe ser continua.(2,3,11,14)

En un estudio realizado por Reyes Castañon María del Carmen se realizó un estudio que presenta la competencia clínica del médico familiar en cervicovaginitis explorando cinco indicadores de competencia clínica y son: integración diagnóstica, reconocimiento de características clínicas, reconocimiento de datos paraclínicos y uso de recursos terapéuticos e identificación de factores de riesgo, donde considera necesario programar actividades educativas tendientes a superar las deficiencias encontradas.(27)

CAUSAS POR LAS QUE EL MEDICO DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN, NO OTORGA TRATAMIENTO A LA PAREJA
SEXUAL DE MUJERES CON VULVOVAGINITIS EN 10
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones ginecológicas constituyen un problema de gran trascendencia médico-social, por su gran frecuencia y gravedad constituyen un motivo de consulta frecuente en nuestro medio, afectando primordialmente a mujeres en edad reproductiva, que si no son tratadas adecuadamente así como a su pareja sexual, denotaran mayor demanda en la asistencia medica, con complicaciones posteriores como la aparición de cervicitis crónica como la DPH en la clamidia que más tarde conllevaría a la aparición de neoplasias, los agentes patógenos se consideran dentro de los 20 microorganismos que causan enfermedades de transmisión sexual, por tanto el tratamiento debe de darse en la mujer como en el hombre o pareja sexual.

¿Cuáles son las causas del porqué el Médico de primer nivel de atención no otorga tratamiento a la pareja sexual de mujeres con vulvovaginitis, en 10 clínicas de medicina familiar del ISSSTE, del 1ro. De septiembre al 31 de octubre de 1999?

JUSTIFICACIÓN

La vulvovaginitis es un padecimiento que genera una gran demanda de atención en las Unidades de Medicina Familiar pertenecientes no solo al ISSSTE, sino también a otras instituciones como el IMSS y la SSA, la morbilidad a nivel nacional ocupa el 16 lugar, a nivel del ISSSTE ocupa el 14 lugar, la población femenina representa un 22.34% de motivos de consulta ginecológica para el Médico de familia, las diversas presentaciones clínicas ocasionan que las pacientes acudan a valoración y atención a las unidades de primer nivel de atención, a la par la pareja sexual parece estar en el olvido en cuanto a la atención dinámica de este padecimiento, ya que requieren llevar un tratamiento similar y en forma conjunta a su pareja sexual, sin embargo la de información por parte de estos pacientes hacen que en la mayoría de los casos el tratamiento no se lleve a cabo, el Médico de familia es en este caso el responsable de brindar la asesoría para llevar el manejo oportuno para otorgar el tratamiento adecuado en compatibilidad con la institución en la que labora, la ayuda de las autoridades competentes y el apoyo de los compañeros laboratoristas harán que se lleve en forma complementaria esta asesoría, esto llevara un buen funcionamiento y empatía tanto de los pacientes como del Médico que otorga la atención. Este estudio es factible de realizarse ya que se cuenta con el apoyo de la institución al permitir la realización del mismo, con el apoyo de médicos que deseen ser entrevistados, de igual manera es un estudio que puede ser llevado a la práctica para su aplicación.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las causas del porqué los médicos de primer nivel de atención no otorgan tratamiento a las parejas sexuales de mujeres en edad fértil con vulvovaginitis en 10 Unidades de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E. en el período del 1º. De Septiembre al 31 de Octubre de 1999.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Conocer edad y sexo de los Médicos entrevistados.
2. Identificar si cuentan con especialidad o no.
3. Conocer los años de ejercicio de la Medicina Familiar.
4. Conocer si cuentan con cursos de actualización.
5. Conocer cuantos médicos cuentan con base o interinato.
6. Conocer los turnos en que laboran los médicos entrevistados.
7. Identificar a los médicos que den tratamiento a las mujeres en edad fértil con vulvovaginitis.
8. Identificar a los médicos que en su consulta diaria atiendan a mujeres con vulvovaginitis.
9. Identificar a los médicos que den tratamiento a la pareja sexual de mujeres en edad fértil con vulvovaginitis.

10. Identificar las causas del no-tratamiento a las parejas sexuales de las mujeres en edad fértil con vulvovaginitis, por parte de los médicos del primer nivel de atención de las Unidades de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E.

11. Identificar otras causas por lo que las pacientes con vulvovaginitis no reciben tratamiento.

12. Clasificar las causas por las que el médico no da tratamiento a la pareja sexual de mujeres con vulvovaginitis.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN: Existen 37 Clínicas de Medicina familiar del ISSSTE

En el D.F.

7 clínicas en el área con urbana

10 clínicas de especialidades junto con HRZ.

Hacen un total de 54 instituciones pertenecientes al ISSSTE en el D.F. y área con urbana. El total de médicos en el ISSSTE a nivel Nacional es de 4795, existentes en el D.F. 922 y área foránea 3873.

LUGAR: 10 clínicas de Medicina Familiar pertenecientes al ISSSTE.

OBSERVATORIO, REVOLUCIÓN, VILLA ALVARO OBREGÓN, TLALPAN, DIVISIÓN DEL NORTE, ERMITA, CHAPULTEPEC, IZTAPALAPA, MORELOS Y GUSTAVO A. MADERO

TIEMPO: Del 1ro septiembre al 31 octubre 1999.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: No aleatorio, por cuotas hasta completar 142 médicos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Médicos con o sin especialidad que otorgan consulta en las UMF del ISSSTE del área conurbana.
2. De cualquier edad y sexo.
3. De cualquier turno.
4. Que deseen participar

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Médicos de primer nivel de atención que realicen funciones administrativas.
2. Médicos de primer nivel de atención que atienden exclusivamente a personas de la tercera edad.
3. Que no deseen participar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

LOS MÉDICOS QUE:

1. Llenaron en forma incompleta los reactivos.
2. Marcaron todos los incisos de cada reactivo.

TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL

DESCRIPTIVO

TRANSVERSAL

PROSPECTIVO

VARIABLES

CUANTITATIVAS:

- Edad.
- Años de ejercicio medico
- Número de médicos que otorgan tratamiento

CUALITATIVAS:

- Sexo
- Ser Especialista
- Cursos de actualización
- Tipo de plaza
- Turno
- Causas más comunes de vulvovaginitis
- Medidas auxiliares de tratamiento
- Causas del no tratamiento

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se elaboro un cuestionario, el cual consta de 13 reactivos el cual se aplicó directamente sin realización de piloto en 10 Unidades de Medicina Familiar pertenecientes al ISSSTE del D.F. previa autorización por parte de los directivos de cada dependencia, se procedió a aplicar la entrevista a los Médicos que desearon participar independientemente de turno, base o interinato, en forma anónima y personal que se encontraran laborando en los momentos de la aplicación del cuestionario, excluyéndose aquellos Médicos que no desearon participar, que presten atención a personas de la tercera edad, que realicen funciones administrativas, se eliminaron aquellos Médicos que llenaron en forma incorrecta el cuestionario, que lo llenaron en forma incompleta o que no contestaron todos los reactivos, el cuestionario abordara la edad y sexo, turno, base o interinato, años de ejercicio medico agrupados en décadas, cursos de actualización, Médicos que den tratamiento a pareja sexual, que soliciten medidas auxiliares de diagnostico, que den información sobre cuidados a paciente, causas por las que no se otorga tratamiento a la pareja sexual, una vez obtenida la información se realizó una cédula de recolección de datos donde se vaciaron los datos obtenidos de acuerdo a las respuestas llevándose a cabo el análisis estadístico de las variables cualitativas y cuantitativas empleadas en el estudio, los datos finales serán representados mediante porcentajes y gráficas, posteriormente se hará un análisis inferencial, conclusiones y propuestas.

ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo a la Ley de Helsinki que en su introducción hacen mención que la salud del paciente es la primera consideración de los médicos, que el progreso medico en los aspectos terapéuticos, profilácticos, etiológicos y patogénicos de la enfermedad se basa en la investigación clínica y biomédica en seres humanos, la finalidad de nuestro estudio no se antepone en dichas menciones, en su primera parte la información que debe aportarse a los individuos de investigación se realiza con autorización por parte de cada uno de los encuestados que deseen participar en dicha investigación, en la segunda parte referente a la investigación clínica combinada con cuidados profesionales por el médico, la finalidad del estudio, la obtención del consentimiento y la existencia de la relación médico-paciente, no se ve afectada en la aplicación del estudio, en su última parte se respeta la integridad física de los sujetos en experimentación no ante poniéndose a su a la seguridad y bienestar de los sujetos.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 198 médicos de los cuales 52 no desearon participar, realizándose en total 146 encuestas, de las cuales se eliminaron 46 por que llenaron en forma incorrecta los reactivos, quedando 100 encuestas en donde obtuvimos que el 59 médicos (59 %) pertenecieron al sexo masculino y 41 médicos (41%) pertenecían al sexo femenino. (Gráfica 1).

En cuanto a la edad, se obtuvo una edad promedio de 44 años, con un rango de edad mínima de 25 años y una edad máxima de 63 años.

De los 100 médicos entrevistados 18 médicos (18 %) fueron médicos generales y 82 médicos (82 %) especialistas (Gráfica 2); dentro de las especialidades encontramos que Medicina Familiar con 64 médicos ocupó el 78.4% , seguido de Medicina Legal y Medicina Interna con 4 médicos ocupó el 4.8% , Pediatría con un 3 médicos ocupó el 3.6% , Cirugía General, Medicina del Trabajo, y Traumatología y Ortopedia con 2 médicos ocupó el 2.4% y Anestesiología con un 1 médico ocupó el 1.2% (Gráfica 3).

La relación de los años de servicio fue de 27 médicos (27 %) de 0 a 10 años, 49 médicos (49%) de 11 a 20 años, 22 médicos (22 %) de 21 a 30 años y de 2 médicos (2 %) más de 30 años (Gráfica 4). De los médicos de base encontramos a 80 médicos (80 %) y 20 médicos (20 %) con interinato (Gráfica 5); con respecto al turno 46 médicos (46 %) se encontraba laborando en el turno matutino y que 54 médicos (54 %) en el Vespertino (Gráfica 6).

De los 100 médicos entrevistados 65 (65 %) acudieron a los cursos de actualización sobre vulvovaginitis en el último año y el 35 médicos (35 %) no acudió (Gráfica 7).

Del total de médicos que dan consulta a mujeres con vulvovaginitis 98 médicos (98%) si otorga y 2 médicos (2%) no la otorga (Gráfica 8).

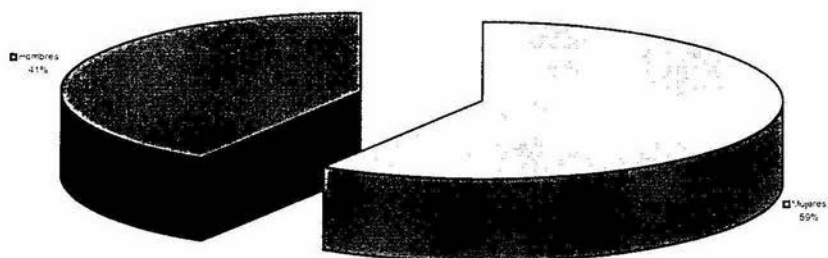
Dentro de las causas más frecuentes diagnosticadas por los médicos de vulvovaginitis 32 médicos diagnostico a cándida como primer agente etiológico (31.6%), 30 médicos a la tricomoniasis en segundo lugar

(29.6%), 22 médicos colocaron a la vulvovaginitis mixta en tercer lugar (22.5%), 15 médicos colocaron a la vulvovaginitis bacteriana en cuarto lugar (15.3%), y 1 médico colocó en último lugar a la vulvovaginitis de etiología viral (1%) (Gráfica 9).

De los médicos que solicitaron algún auxiliar diagnóstico el 91 (91 %) solicitó cultivo de exudado vaginal; 6 (6 %) realización de DOC, 2 (2 %) exploración vaginal armada y 1 (1%) ninguno (Gráfica 10). Dentro de las medidas auxiliares que se dan a las pacientes con vulvovaginitis en primer lugar se encuentra la higiene con un 70%, en segundo lugar tratamiento a la pareja con un 46%, en tercer lugar la abstinencia sexual con un 28%, en cuarto lugar el uso de preservativo con un 15%, en quinto lugar evitar la promiscuidad con un 10%, en sexto lugar exudado vaginal posterior al tratamiento con un 10%, en séptimo lugar el tratamiento con antibióticos y terminar el tratamiento con un 9%, y en último lugar seguimiento del problema y dieta libre en carbohidratos con un 1.0% (Gráfica 11).

Dentro de las causas del porqué el médico de primer nivel no otorga tratamiento a la pareja sexual de las mujeres en edad fértil con vulvovaginitis se encuentran que 33 (33%) la falta de interés, 25 (25 %) falta de tiempo, 14 (14 %) acuda la pareja a consulta, 19 (19%) falta de medicamentos , 6 (6 %) no lo consideran necesario y , 3 (3 %) esperar resultados de citología vaginal.(Gráfica 12)

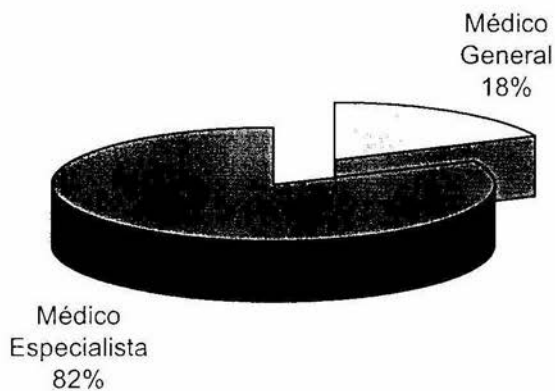
Porcentajes de Acuerdo al Sexo



GRAFICA 1

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

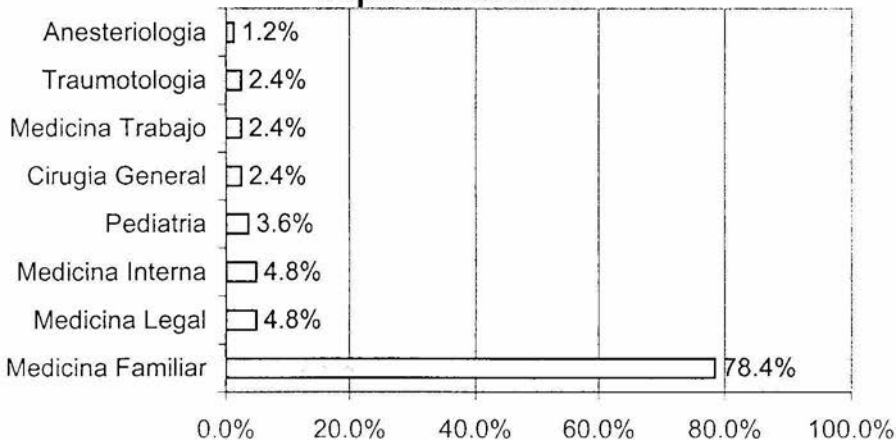
Porcentajes de Acuerdo a Médico General y Especialista



GRAFICA 2

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

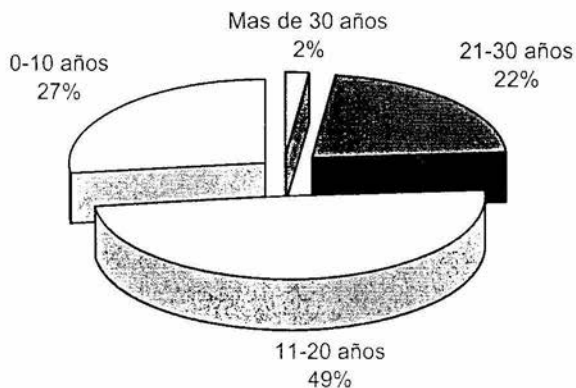
Porcentaje de acuerdo a las especialidades



GRAFICA 3

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

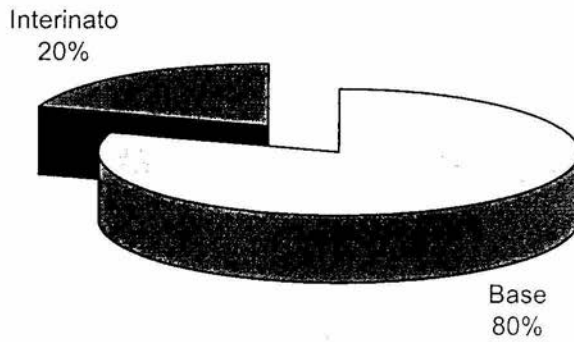
Porcentaje de acuerdo a los años de ejercicio medico



GRAFICA 4

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

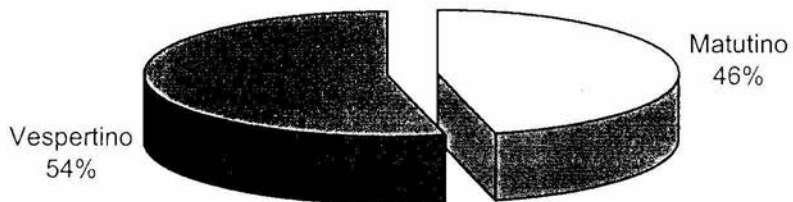
Porcentaje a la Base e Interinato



GRAFICA 5

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

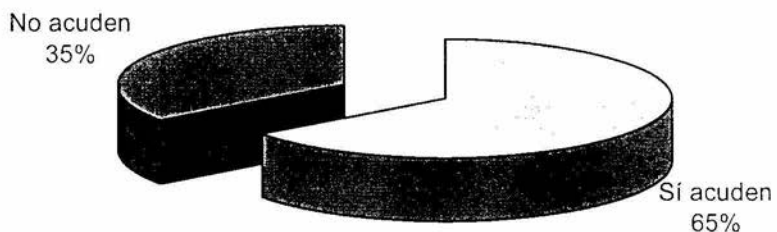
Porcentaje de Acuerdo al Turno



GRAFICA 6

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

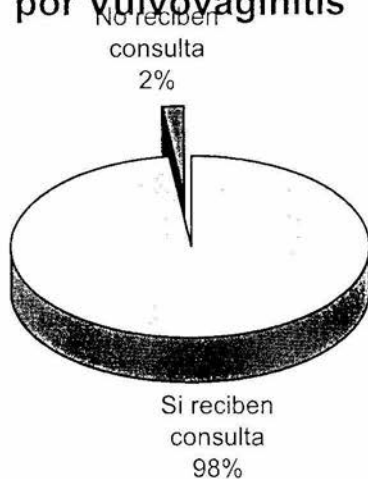
Asistencia a cursos de Actualización



GRAFICA 7

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

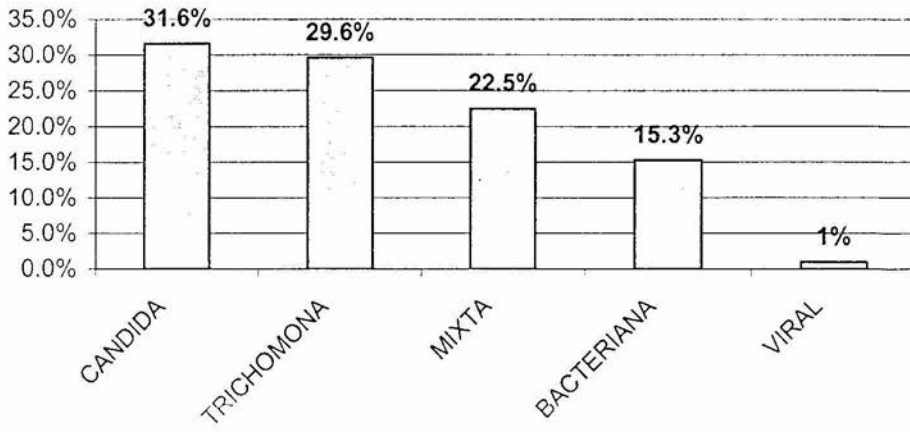
Total de mujeres que reciben consulta por Vulvovaginitis



GRAFICA 8

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

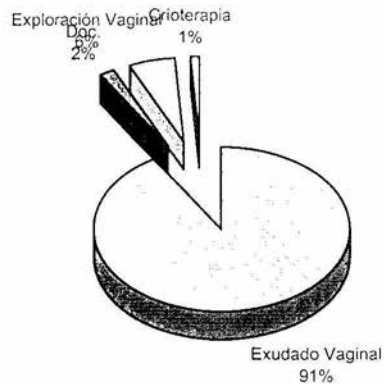
Causas de vulvovaginitis



GRAFICA 9

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

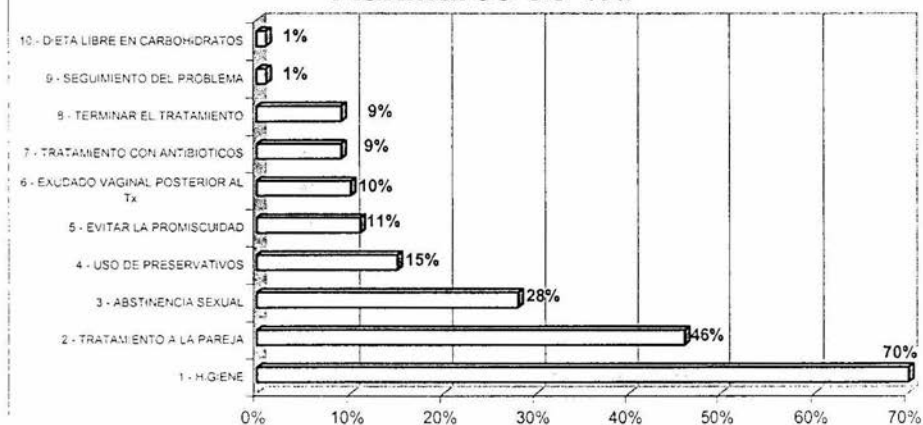
Utilización de los auxiliares de Diagnóstico



GRAFICA 10

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

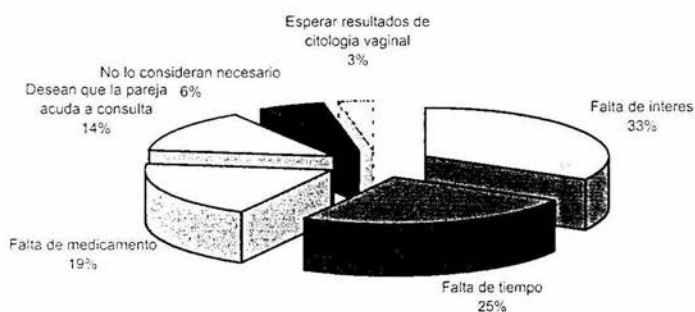
Implementación de las Medidas Auxiliares de Tx.



GRAFICA 11

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Causas detectadas del por que no se da tratamiento



GRAFICA 11

FUENTE : CUESTIONARIO Y CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ANÁLISIS.

La investigación nos aportó que no hay relación directa en cuanto a si el médico es de sexo masculino o femenino para determinar el tratamiento de la pareja sexual, sin embargo; cabe la posibilidad de que influya en la paciente el hecho de que el médico sea de sexo masculino para no referir síntomas vulvovaginales.

Las encuestas se realizaron en Unidades de Medicina Familiar por lo que se encontró que el más alto porcentaje recaía en los especialistas de medicina familiar, en segundo lugar están los médicos generales y por último el de otras especialidades. La medicina familiar por ser una disciplina horizontal debería tener una visión más amplia sobre los problemas familiares y de pareja, no demeritando la atención a este tipo de pacientes; los médicos generales quizá por su poca visión y los médicos de otras especialidades de visión vertical omitan dar tratamiento a la pareja sexual por el enfoque unilateral y clínico que ven en cada una de sus especialidades.

En cuanto a la relación de los años de ejercicio médico encontramos un mayor porcentaje de interés para dar tratamiento a la paciente durante los primeros años, encontramos que a mayor tiempo de práctica médica hay menor interés hacia la paciente; algunos motivos pudieran ser el desinterés para realizar un buen interrogatorio y exploración, relegando el entorno médico-familia-sociedad.

En relación al estatus laboral se determinó que esto no influye para dar tratamiento a la pareja sexual.

Al realizar las encuestas tuvimos la oportunidad circunstancial de interrogar a médicos de ambos turnos, no encontrando una diferencia en conducta de atención preventiva y de tratamiento en pacientes con vulvovaginitis.

Contradictoriamente a lo que se pudiera creer que a mayor asistencia a Cursos de actualización el médico, estará mejor capacitado para dar un mejor tratamiento a la paciente y que a menor número de cursos menor capacidad para dar un tratamiento; aunque encontramos que este factor no determina la conducta del médico ante este problema debido en ocasiones a que el médico no aplica los conocimientos adquiridos.

En un estudio realizado por la Dra. Luz María Narvaez de Peña define como causas etiológicas de vulvovaginitis, candidiasis y tricomoniosis como sus primeras causas, reportados de igual forma en nuestro estudio y, contrario a lo que ella reporta como tercer agente etiológico que es la *Gardnerella Vaginalis*, determinamos una vulvovaginitis mixta. En otros estudios realizados por la Dra. Pilar Regules, el Dr. Arsenio Spinillo, el Dr. Daron G. Ferris coinciden en que los tres agentes principales como causa de vulvovaginitis son los ya mencionados por la Dra. Luz María Narvaez de Peña, solamente que el orden de aparición es diferente.

De los auxiliares diagnósticos sugeridos por el Dr. Rivera, el Dr. John G. Spanger, el Dr. Chistopher Sullivan, el Dr. Phillipe E. Hay, como el exudado vaginal DOC, exploración vaginal armada, corresponden con el estudio; sugiriendo los autores otros estudios complementarios como tinción de Giemsa, cultivos específicos y toma de biopsia.

Dentro de las medidas preventivas reportadas por los Drs. Mac Leonor Rivera, Mark E. Deutchman, Paul R. Summers y Chistopher Sullivan coinciden a las indicaciones proporcionadas por el médico a la paciente; de entre los médicos encuestados encontramos que incluyen dentro de las medidas preventivas la dieta libre en carbohidratos no encontrando relación con la patología.

En cuanto a las causas del no tratamiento se agruparon en seis casos: la falta de interés, falta de tiempo, falta de medicamentos, que acuda la pareja sexual a consulta, esperar resultados de exudado vaginal (de esto no se tienen datos para relacionar).

CONCLUSIONES.

Se aplicó un cuestionario a 100 médicos que laboran en Unidades de Medicina Familiar del ISSSTE, se concluyó y se propone la siguiente clasificación de causas del porqué no se da tratamiento a la pareja sexual de mujeres con vulvovaginitis:

A)Causas institucionales: falta de medicamentos.

B)Causas medicas: falta de interés, falta de tiempo, esperar resultados de citología vaginal para dar tratamiento, que acuda la pareja a consulta, no lo consideran necesario.

C)Causas del paciente: no se realiza en este estudio, pero podemos inferir el que no terminan el tratamiento médico, desconocen su patología, no informan a su pareja que acuda a revisión.

Sugerimos agregar dentro de las causas institucionales, medicamentos que se encuentren fuera del cuadro básico, aporte insuficiente de medicamentos y deficiencias y carencias de técnicas diagnósticas y dentro de las causas inherentes de la paciente el que no lleve a cabo las medidas preventivas.

Finalmente concluimos que este estudio sirve como un diagnóstico preliminar para investigar con mayor profundidad sobre el no tratamiento de la vulvovaginitis para esto debe hacerse un cuestionario con preguntas cerradas y medirse en escala de Lickert , para su validación debe realizarse una prueba piloto, aplicando métodos estadísticos como el análisis multifactorial, validación y confiabilidad de las preguntas que expresen lo que queremos investigar por ejemplo toda mujer debe usar ropa interior de algodón: siempre, a veces, casi siempre, nunca, esto le dará un valor diferente, por lo que se propone que se hagan nuevos estudios pero que sean aplicables no solo en esta patología sino en otras patologías para detectar los posibles problemas.

Este estudio sirve como una primera etapa para detectar problemas médicos, proponiéndose la realización de cursos de actualización, sesiones medicas, intercambio de opiniones medicas en relación a los problemas detectados.

De igual forma este estudio sirve para detectar las fallas institucionales que pudieran existir, sugerimos que la institución sistematice el suministro de medicamentos y optimice los recursos de laboratorio a fin de complementarse con los estudios sugeridos por el médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Leonor Rivera y cols. Prevalencia de vaginitis y vaginosis bacteriana, asociación con manifestaciones clínicas de laboratorio y tratamiento. Ginecología y obstetricia de México 1996 (64), 26-35.
2. Luz María Narvaez de Peña. Vulvovaginitis: diagnostico y manejo por el médico de familia. Médico de familia 1995 (4); 24-8.
3. Mark E. Deutchman y cols. Vaginitis: el diagnostico es la clave. Atención medica 1995; 15-28.
4. Andrea M. Vandeven. Vulvovaginitis in the child and adolescent. Pediatrics in review. 1993 (14); 141-6.
5. Robert J. Citroberg. Severe vaginal infection with entamoeba histolytica in woman recently returned from México: case report and review. Clinical infectious disease. 1995 (24); 181-191.
6. Pilar Regules and cols. Detection of anti-candida albicans IgE antibodies in vaginal washes from patients with acute vulvovaginal candidiasis. Gynecologyobstetrics investigation. 1994 (38); 206-214.
7. Karl E. Miller. Sexually transmitted diseases. Primary care 1997; 179-193.
8. Arsenio Spinillo and cols. Frequency and significance of drugs resistance in vulvovaginal candidiasis. Gynecology Obstetrics Investigation. 1994 (38); 130-3.
9. Daron G. Ferris and cols. Treatment of bacterial vaginosis: Comparison of oral Metronidazol, metronidazol vaginal gel, and clindamycin vaginal cream. The journal of family practice 1995 (41); 443-8.
10. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. Family practice 1996 (13); 369-372.

11. Paul R. Summers and Howars T. Sharp. The managements of obscure of difficult cases of vulvovaginal. *Clinical obstetrics and gynecology* 1995 (36);206 -214.
12. Sharon L. Hillier and cols. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weigth infant. *The new england journal of medicine* 1995 (333);1737-1741.
13. John G. Spanger. Vulvovaginitis. The primary care clinics in office practice 1997 (24); 188-191.
14. Chistopher Sullivan and cols. Managements of vulvovaginitis in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology obstetrics investigation.* 1995 (36); 195-205.
15. Gary W. Elmer and cols. Biotherapics agents. A. Negletec modality for treatment and prevention of selected intestinal and vaginal infection. *JAMA* 1996 (275); 870-7.
16. Alvarado Monerrosa Castro y cols. Gardnerella vaginalis en informes de citología vaginal-cervical. *Gaceta medica de México* 1997 (132); 119-125.
17. John C. Hauth and cols. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazol and eritromycin in women with bacterial vaginosis. *The new England journal of medicine* 1995; 1732-6.
18. Phillip E. Hay and cols. Anormal bacterial colonisation of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. *Clinicals obstetrics and gynecology* 1994 (308); 295-8.
19. Eileen Hilton. Association of recurrent candida vaginitis with inheritance of lewis blood group antigens. *The journal infection diseases* 1995 (172); 161-9.

20. Chistine A. Taylor and cols. Physicians perception of the classification of vaginal antifungal agents. *The journal family practice* 1994 (38); 157-160.
21. Daron G. Ferris and cols. Office laboratory diagnosis of vaginitis. *The journal of family practice* 1995 (41); 575-581.
22. Marjorie A. Bowan. Vulvovaginitis vulvar vestibulitis, prevalence and historic features in general gynecology practice population. *Womens health* 1995; 309-313.
23. Mirjam Kretzschmar and cols. Modeling prevention strategies for chlamydia using stochastic network simulation. *American journal of epidemiology* 1996 (144); 306-317.
24. Villegas y cols. Infección por *Gardnerella vaginalis* en parejas heterosexuales. Estudios ultraestructurales en células de descamación del epitelio estratificado. *Ginecología y Obstetricia de México* 1995 (63); 139-146.
25. Wathne D. Holts and cols. Erythromycin versus metronidazol in the treatment of bacterial vaginosis. *Acta obstetrics gynecology Scand* 1993 (6); 470-474.
26. D.T. Shats and cols. In situ micotoxin production by *Candida albicans* in woman with Vaginitis. *Gynecology Obstetrics Investigation* 1994 (39); 67-9.
27. Reyes Castañón María del Carmen. Competencia Clínica del Médico de Familiar en Cervicovaginitis. *Revista educativa para la salud*. 1998 (2); 56.

CUESTIONARIO

1. EDAD _____
2. SEXO _____
3. ¿ES MEDICO GENERAL? _____
4. ¿TIENE ALGUNA ESPECIALIDAD? _____
¿EN QUE ÁREA? _____
5. ¿CUANTOS AÑOS TIENE EJERCIENDO LA MEDICINA FAMILIAR? _____
6. ¿ES MEDICO DE BASE O CON INTERINATO? _____
7. ¿A QUE TURNO PERTENECE? _____
8. ¿HA ASISTIDO A CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN EL ULTIMO AÑO? _____
9. ¿EN SU CONSULTA ATIENDE A MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON PROBLEMAS DE VULVOVAGINITIS? _____
10. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MAS COMUNES QUE USTED DETECTA _____
11. ¿QUÉ MEDIDAS AUXILIARES INDICA A LA PACIENTE CON VULVOVAGINITIS?

12. ¿POR QUÉ NO DA TRATAMIENTO A LA PAREJA SEXUAL DE MUJERES CON VULVOVAGINITIS?
