



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 2 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BEATRIZ LONA CALIXTO

ASESOR:

DR. RAÚL TOMÁS ARRIETA PÉREZ



MÉXICO, D.F.

2009



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.

AUTORIZACIONES

Dra. Agustina Elena Vilchis Guizar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. Yolanda Soto González
Coordinador Delegacional de educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e investigación en Salud UMF 94

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez
Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y mis hermanos por su apoyo incondicional y confianza

*A mi esposo por su amor e infinita paciencia para continuar con nuestro
proyecto de vida.*

*A la Dra. Lidia Bautista Samperio y el Dr. Raúl Arrieta Pérez por su motivación
y apoyo para la realización de esta tesis.*

ÍNDICE

	Página
• Marco Teórico y Antecedentes científicos.	2
• Planteamiento del problema	11
• Justificación.	13
• Objetivos del Estudio.	13
• Hipótesis.	13
• Diseño de Estudio.	13
• Especificación de Variables.	13
• Metodología en la construcción del instrumento.	13
• Descripción del Programa de Trabajo.	17
• Difusión de Resultados.	17
• Cronograma de actividades.	17
• Consideraciones Éticas del Estudio.	17
• Resultados	18
• Análisis de resultados	19
• Conclusiones	19
• Sugerencias	20
• Anexos.	21
• Bibliografía.	32

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS

Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez¹ Dra. Beatriz Lona Calixto²

Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

RESUMEN

Antecedentes: La cervicovaginitis es una de las primeras causas de consulta en el primer nivel de atención dentro del IMSS con una demanda del 77% en mujeres de 14 a 55 años. Haciendo necesario que el médico familiar tenga dominio de dicha patología, desarrollando su capacidad para detectar, discriminar e identificar datos clínicos, acciones preventivas y terapéuticas pertinentes, que le permitan adquirir habilidades y valores que los lleven a ser médicos propositivos y autocríticos.

Objetivo: Construir y validar un instrumento que permita evaluar la aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis.

Material y Método: Diseño de la investigación observacional, descriptivo, transversal y prolectivo, efectuado en la Unidad de Medicina Familiar No 94 del IMSS. Se elaboró un instrumento constituido por cinco casos clínicos, con un total de 140 preguntas con opciones de respuestas "falso, verdadero y no sé".

Para determinar la validez del instrumento se sometió a revisión por un ginecoobstetra y tres médicos familiares, con experiencia en educación. Para establecer las categorías del instrumento se solicitó a cinco ginecoobstetras que contestaran el instrumento y con base en los resultados se determinaron los puntos de corte, estableciéndose siete categorías. Las respuestas obtenidas por azar se calcularon mediante la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra.

La confiabilidad se determinó con la prueba de Kuder- Richardson fórmula 20 con los resultados obtenidos en una prueba piloto que se realizó a 50 médicos residentes de medicina familiar.

Resultados: El instrumento original contenía 148 ítems y una vez realizada la validación fueron eliminados 8 ítems, de acuerdo con los expertos. Se establecieron siete categorías: Respuestas por azar, Aptitud muy baja, Aptitud baja, Aptitud regular, Aptitud buena, Aptitud muy buena y Aptitud excelente según los puntos de corte obtenidos. Se obtuvo una confiabilidad de 0,8117 en general del instrumento.

Conclusiones: El instrumento demostró ser válido y confiable para evaluar la aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis.

Palabras clave: Aptitud clínica. Cervicovaginitis. Instrumento.

1 Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No 94 IMSS.

2 Médico Residente de Medicina Familiar. UMF No 94 IMSS.

MARCO TEÓRICO

Definición

El término Cervicovaginitis (Cv), hace alusión al proceso inflamatorio de vagina y cérvix, causado principalmente por el sobre crecimiento de agentes patógenos tales como *Cándida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y *Gardnerella vaginalis*.⁽¹⁾

Epidemiología

En el ámbito mundial actual se reportan 180 millones de casos nuevos de cervicovaginitis.⁽²⁾ En los Estados Unidos de Norteamérica es el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a clínicas de primer y segundo contacto.⁽³⁾ En México, su verdadera prevalencia se desconoce debido a que aproximadamente un tercio de las mujeres con esta condición cursan asintomáticas. Se ha identificado que cerca del 15-19% de las mujeres en edad fértil tienen la posibilidad de padecerla, incrementándose este porcentaje a un 30% durante el embarazo y hasta un 40% en mujeres que acuden específicamente a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁾ En el año 2002, se ubico dentro de las doce primeras causas de demanda de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 60% de esta demanda se realizo por mujeres de 25-44 años, el 17% de 15-24 años y el 16% de 45-64, el resto se dividió entre los demás grupos de edad, y en el caso de las embarazadas la prevalencia vario del 12 a 50%.^(4, 5)

La Cv producida por *Gardnerella vaginalis*, es también denominada como vaginosis, este cuadro es un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por la desaparición ó disminución de los lactobacilos que constituyen la flora normal de la vagina y el sobre crecimiento de *Gardnerella* y otras bacterias anaerobias. La vaginosis es la infección vaginal más común, entre mujeres en edad reproductiva y representa una tercera parte de todas las infecciones vulvovaginales en ese grupo; existe una gran controversia alrededor de su prevalencia, debido a la larga sucesión de nombres con que se ha denominado. Por tanto la vaginosis no es un síndrome nuevo sino una enfermedad que finalmente se reconoció como tal, en el año de 1984 durante el 1^{er} Simposium Internacional sobre vaginitis realizado en Estocolmo. El término vaginitis fue considerado incorrecto, para llamarle al cuadro provocado por la invasión de bacterias anaerobias y de *Gardnerella vaginalis* acordando llamarle vaginosis. Weströn propone además denominar a este cuadro como un síndrome puesto que la enfermedad no produce una respuesta inflamatoria como tal. La vaginosis a menudo no se reconoce correctamente a pesar de ser causa del 40 al 50% de las infecciones vaginales.⁽⁶⁾

La prevalencia de la Cv varía de acuerdo a la población y medio geográfico estudiado; en Unidades de ginecología y obstetricia su prevalencia oscila entre 10 - 26%, en tanto que en

mujeres atendidas en la consulta externa general esta varía de un 17-50%.⁽¹⁾ En México el Instituto Nacional de Reporte Epidemiológico (INDRE) en el año 2000 identificó este microorganismo en 32-64% de las mujeres atendidas en el contexto de la consulta externa y del 10-26% en el contexto de la práctica obstétrica.

Finalmente se concluye que la vaginosis bacteriana representa la infección vaginal más frecuente (40-50%), seguida de la infección por *Cándida albicans* (20-25%) y por la infestación por *Trichomonas* (15-20%), es importante señalar que en algunas ocasiones estas pueden coexistir.⁽⁷⁾

Factores de riesgo

Se ha identificado una fuerte asociación entre algunas condiciones y la presentación de Cv, entre los que se mencionan los siguientes:

- 1) Empleo de estrógenos. Los estrógenos influyen en las características de la secreción vaginal y su flora; debido a que elevan el contenido de glucógeno existente en las células epiteliales y de esta forma influyen sobre el tipo de organismos que colonizan la vagina. Las mujeres con niveles altos de estrógenos tienen proporcionalmente más bacterias facultativas (lactobacilos) que las mujeres que tienen niveles de estrógenos más bajos (posmenopáusicas) en las que es más elevada la prevalencia de bacterias anaerobias. Las mujeres con menopausia, coinciden en tener bajos niveles de estrógenos, pH elevado, pocos lactobacilos y proliferación de microorganismos anaerobios en la vagina.
- 2) Múltiples parejas sexuales condiciona a una exposición más frecuente de microorganismos de transmisión sexual.
- 3) Embarazo, favorece la infección por *Candida* porque durante esta etapa se encuentran niveles elevados de estrógenos en el organismo, lo cual aumenta considerablemente el contenido de glucógeno de la vagina (sustrato beneficioso para el microorganismo) y modificando el pH lo que condiciona la colonización de la vagina por hongos.
- 4) Diabetes Mellitus. Las mujeres diabéticas mal controladas, presentan glucosuria y aumento de las concentraciones de glucosa en las secreciones vaginales y favorece la multiplicación de *Candida*.
- 5) Antibióticos. El uso de antibióticos en general, pero especialmente de amplio espectro como las tetraciclinas, ampicilina y cefalosporinas, favorecen la aparición de cervicovaginitis al erradicar parte de la flora normal de la vagina (lactobacilos) y favorecer el sobrecrecimiento de otros microorganismos anaerobios.
- 6) Empleo de duchas vaginales, esta práctica provoca cambio del pH vaginal y favorece la proliferación de microorganismos.

7) utilizar ropa interior de material diferente al algodón por periodos mayores a 24 hrs. aumenta la probabilidad de cursar con cervicovaginitis. Las prendas apretadas, aislantes, particularmente la ropa interior de nylon y fibras sintéticas, generan aumento de la temperatura local, humedad genitoperianal favoreciendo la proliferación de hongos.

8) Higiene ano genital deficiente. Esto es a través del arrastre mecánico, desde la región anal hacia la región vulvar.^(8, 9, 10)

Etiología

De manera general se señala que aproximadamente el 90% de los casos de Cv son producidos por los siguientes gérmenes:

Parásitos.- *Trichomonas vaginalis*, es un protozoo anaerobio que se transmite principalmente por la inoculación del germen en la vaginal a través del contacto sexual, en un 20% de los casos se asocia a otras infecciones como gonococo o *Chlamydia*. En un 50% de los casos las mujeres portadoras de *Trichomona vaginalis* se encuentran asintomáticas.

Hongos.- *Cándida albicans*, es la responsable de esta infección en el 90% de los casos, los 10% restantes de los casos son originados por *Cándida glabrata* y *Cándida tropicales*, son agentes saprofitos cuya colonización de la vagina no provoca necesariamente manifestaciones clínicas. Su transmisión se realiza a través de un mecanismo endógeno y exógeno. El endógeno se debe a una alteración en la flora vaginal normal, favorecida por el embarazo, tratamientos antibióticos de amplio espectro, diabetes mal controlada e inmunosupresión. El mecanismo exógeno por transmisión sexual.

Bacterias.- Originada principalmente por *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* spp. *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma hominis*, entre otras. Las teorías que se han establecido en cuanto a la fisiopatología de la vaginosis y el sinergismo microbiológico, aún no están del todo aclaradas, además de la variación del ph, parece haber un decremento de los efectos restrictivos de la flora normal, ya que esta disminuye notablemente, principalmente los lactobacilos, lo que permite la proliferación masiva de anaerobios y *Gardnerella. vaginalis*.^(11, 12,13, 14, 15, 16, 17, 18)

Diagnóstico

Para establecer un diagnostico de Cv es indispensable contar con un interrogatorio dirigido, una exploración vaginal completa y en algunas ocasiones el empleo de exámenes de laboratorio. En el siguiente cuadro se resumen las características clínicas de los gérmenes asociados más frecuentemente a este cuadro.^(1, 4, 9, 10, 14, 15, 17- 21)

Cervicovaginitis	INTERROGATORIO					EXPLORACION VAGINAL		
	LEUCORREA			ARDOR VAGINAL	PRURITO VAGINAL	EXOCERVIX	VAGINA	VULVA
	CANTIDAD	COLOR	OLOR					
Bacteriana	Escasa	Blanquecina Grisácea Blanquecina grisácea Amarillenta	Fétida	Leve Ausente	Leve Ausente	Hiperemia (leve) Sin datos patológicos	Hiperemia (leve) Sin datos patológicos	Sin datos patológicos
Micótica	Escasa Ausente	Blanquecina grumosa	Sin olor	Ausente	Intenso	Hiperemia (leve) Sin datos patológicos	Hiperemia (leve) Sin datos patológicos	Signos de rascado
Trichomonas	Moderado Abundante	Verde Amarillenta Verde amarillenta	Fétida	Leve Moderado	Ausente	Hiperemia (intensa) Puntillero hemorrágico	Hiperemia (intensa) Puntillero hemorrágico	Inflamación Hiperemia (sobre todo labios mayores y menores)

En tanto que el análisis químico microscópico nos ofrece los siguientes signos diferenciales para establecer un diagnóstico de certeza:

Agente etiológico	Cándida	Bacteriana	Trichomonas
Ph	4.5	≥ 4.5	≥ 4.5
Frotis	Hifas o levaduras	Cocobacilos o células clave	Flagelados
Prueba de aminas	Negativa	Positiva	Negativa

Tratamiento

El tratamiento integral de la Cv requiere de la indicación paralela de acciones no farmacológicas que modifiquen los factores de riesgo y de acciones farmacológicas que eliminen al agente causal. En el siguiente cuadro se resumen las medidas de prevención primaria y la rutina general de control pertinentes de considerar en toda mujer portadora de Cv. La rutina general de control son acciones de apoyo al tratamiento farmacológico con el objetivo de disminuir la concentración de la flora microbiana anogenital y la humedad regional.^(1, 4, 9, 14, 19)

Prevención	Rutina general de control
1. Baño diario	1. Baño diario
2. Cambio de ropa interior después del baño	2. Enjuague anogenital al medio día
3. Uso de ropa interior con puente de algodón	3. Cambio de ropa interior después del aseo anogenital
4. Evitar el uso diario de pantiprotectores y tampones	4. Uso de toallas sanitarias solo durante la menstruación y flujo vaginal abundante
5. No realizarse duchas vaginales	5. Evitar relaciones sexuales, durante el tratamiento de Cv por candida o trichomonas
6. Enjuague anogenital después de defecar	6. Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales
7. Uso de preservativo durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, lesiones genitales en la pareja, sexo anal)	
8. Evitar actividad coital con múltiples parejas	
9. Aprovechar la toma de papanicolaou y revisión de DIU para la detección temprana de cervicovaginitis	

En el siguiente cuadro se resumen los medicamentos de primera y segunda elección más eficaces en el tratamiento de Cv de acuerdo al agente etiológico:

Etiología	Primera elección	Segunda elección
Bacteria	Metronidazol 500 mg cada 12 horas, vía oral por 7 días	Clindamicina 300mg vía oral cada 12 hrs por 7 días. Metronidazol 500 mg cada 24 horas, vía vaginal por 7 días
Cándida	Itraconazol 200 mg cada 24 horas, vía oral por 3 días	Nistatina, 100 mil unidades cada 24 horas, vía vaginal por 14 días
Trichomonas	Metronidazol 500 mg cada 12 horas, vía oral por 7 días	Metronidazol 500 mg cada 24 horas, vía vaginal por 7 días

En el caso de cervicovaginitis por protozooario se le prescribe también tratamiento a la pareja con metronidazol tabletas. De 500 mg, vía oral cada 12 horas por 7 días; y en el caso de cervicovaginitis micótica también se otorga tratamiento a la pareja con Itraconazol 200 mg cada 24 horas, vía oral por 3 días. (1, 4.)

En el caso de cervicovaginitis en mujeres embarazadas el tratamiento es el siguiente:

Etiología	Medicamento
Bacteria	Metronidazol óvulo vaginal 500 mg cada 24 horas por 7 días. Continuar con nitrofurazona óvulo vaginal 6 mg, cada 24 horas por 12 días. Metronidazol 500mg cada 12 horas via oral durante 7 días a partir del segundo trimestre de embarazo.
Cándida*	Nistatina 100,000 unidades, 1 óvulo vaginal cada 24h por 14 días. Miconazol 200 mg via vaginal al acostarse por tres noches.
Trichomonas*	En menores de 14 semanas de gestación solamente metronidazol óvulo 500 mg cada 24 horas por 7 días. A partir del 2do trimestre de gestación metronidazol tabletas 500 mg cada 12h por 7 días.

* Tratar simultáneamente a la pareja sexual.

En la mayoría de los casos y con base en la elevada tasa de curación en las tres etiologías, si las manifestaciones clínicas de la paciente remiten al término del tratamiento, y a la revisión al mes postratamiento la exploración vaginal es normal, no se requiere de continuar el seguimiento. Se enviará a la mujer embarazada a consulta externa de ginecoobstetricia cuando persista la infección cervicovaginal después de haber otorgado tratamiento y de preferencia confirmado por exudado vaginal.^(1,4, 9)

LA APTITUD CLÍNICA

El avance de la ciencia médica en los últimos años es notable e incuestionable, esto ha llevado a la generación de nueva tecnología, que día a día ha venido a ocupar un lugar predominante en el proceso diagnóstico y terapéutico. Lo que consecuentemente ha venido a desplazar y devaluar la capacidad clínica del médico. Por otro lado este avance de la ciencia, también se ve reflejado en una mayor posibilidad de la población para acceder a las fuentes de información médica, los pacientes ahora pueden consultar fácilmente el Internet, esto en general puede ser bueno, aunque en otras ocasiones puede generar conflictos que obligan al médico a manejar una amplia y actualizada información.

Desafortunadamente los triunfos alcanzados, tornaron a la medicina en una ciencia tecnócrata y deshumanizada; se inicia el fracaso de la medicina en el momento que se debilita y menosprecia la relación médico paciente y la habilidad clínica del médico. Situación que pronto tuvo efectos desfavorables, el enfermo perdió la "confianza y fe" en su médico; situación que no solo afecto a la relación médico paciente, sino además también afecto los resultados terapéuticos. Por otro lado los altos costos que requiere la tecnología han llevado a una crisis financiera no solo a las instituciones de salud sino a los individuos mismos.⁽²²⁾ Otro aspecto actual de la medicina es la primacía que da a lo cognitivo sobre lo técnico y práctico; la labor clínica fecunda implica un proceso educativo por el que se transmiten conocimientos acabados (verdades absolutas), que impiden cuestionar lo que se hace, cómo se hace, por qué se hace, idear nuevas formas de realizarlo, ponerlas a prueba, valorar los alcances y limitaciones de lo que se realiza, etc.⁽²³⁾

Es por ello que en los tiempos actuales la práctica médica esta siendo sometida a una inspección cada vez más minuciosa, a medida que los diferentes grupos sociales intentan ejercer influencia sobre la labor médica. Esta situación ha traído la necesidad de evaluar el trabajo médico desde una perspectiva diferente.^(24, 25) Desde un enfoque pedagógico la evaluación de las capacidades del médico para resolver los problemas clínicos que enfrenta a diario, ha sido una preocupación permanente de educadores y administradores. Tradicionalmente los recursos utilizados para evaluar se sustentan en cuestionarios o guías estructuradas de opción múltiple tipo "una de cinco", que ponen de manifiesto en el respondiente su capacidad para recordar y escasamente otras habilidades de mayor complejidad y relevancia para la practica clínica.

En la búsqueda de nuevos caminos para evaluar el quehacer médico, hacen su aparición en años recientes, dos enfoques: Aptitud Clínica y Desempeño Clínico, ambos basados en una perspectiva antipositivista de la educación que visualiza al individuo como una persona que elabora conocimientos a través de la reflexión de sus experiencias cotidianas, lo que le permite desarrollar habilidades y valores que les lleva a ser propositivos, concientes y autocriticos.

La aptitud clínica se define como la evaluación de la actuación del médico ante situaciones clínicas "problematizadas", que le obligan a detectar, discriminar y optar entre diferentes alternativas de interpretación, decisión y acción". En tanto que el desempeño clínico es entendido como la evaluación del médico a través de la observación y constatación directa de su actuación en el momento mismo en que atiende a un paciente. Se considera que el desempeño es la manera más real y objetiva de estimar las capacidades y calidad de las acciones del médico.⁽²⁶⁾

Bajo esta corriente el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2000 promovió y facilito la capacitación del médico familiar, como estrategia que permitiera elevar la calidad de atención

médica en el primer nivel de atención. Los contenidos educativos de esta capacitación se centraron en los 12 padecimientos de mayor demanda de atención médica en unidades de medicina familiar. La metodología empleada promovió el aprendizaje participativo a través de asesoría directa por expertos en consultorios, análisis crítico de casos clínicos reales, revisiones bibliográficas y discusiones grupales.

Para las instituciones de salud y sociedad en general es esencial la retroalimentación acerca de "que hacen", "como lo hacen" y "para que lo hacen". Ya que esto permite mantener un nivel adecuado de competencias o mejor aún superar los problemas médicos y no médicos que obstaculicen el cuidado de la salud. Un diagnóstico de la aptitud clínica de los médicos da la posibilidad de obtener información sobre sus alcances y limitaciones para detectar y resolver problemas clínicos propios del ámbito de acción y de orientar las actividades educativas hacia la superación de las deficiencias detectadas. Es así como la evaluación de la aptitud clínica, toma un papel importante para el proceso mismo de la medicina y la educación médica. La aptitud clínica tiene múltiples matices, diferentes grados de dominio y refinamiento, ya que representa un camino de superación inacabable. Los elementos que la conforman son: la identificación de los factores de riesgo, reconocimiento de datos clínicos, integración diagnóstica, apropiada selección e interpretación de los recursos diagnósticos, aplicación de terapéuticas pertinentes, instituir medidas preventivas y establecer un pronóstico.^(23,27)

Sin embargo es importante señalar que la aptitud clínica por si sola no puede garantizar un correcto desempeño, la motivación del médico para expresar en sus actividades cotidianas toda su capacidad es otra determinante que influye directamente sobre su desempeño clínico.

Por su parte Brook identificó un bajo impacto de constancias y reconocimientos emitidos por los diversos consejos médicos sobre la aptitud y desempeño clínico. Él señala que estas características dependen mucho más del desarrollo de hábitos efectivos para la adquisición del conocimiento. Gonnella describe otro ejemplo de la disparidad entre aptitud y desempeño clínico, primeramente pidió a un grupo de médicos de la Universidad de Illinois que evaluarán a pacientes previamente diagnosticados con bacteriuria asintomática de estos solo 20% fueron diagnosticados, sin embargo al aplicarles un examen orientado a identificar sus capacidades clínicas sobre infección de vías urinarias el 90% presento calificaciones elevadas.⁽²⁵⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Cortes Flores y Col., en el 2005 realizaron un estudio en un Hospital de Ginecoobstetricia de tercer nivel en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León, diseñando un instrumento de evaluación de la aptitud clínica con cinco casos clínicos problematizados, explorando cinco diferentes indicadores: I Factores de riesgo, II Integración diagnóstica, III Reconocimiento de datos clínicos, IV Uso de recursos diagnósticos y V Uso de recursos terapéuticos. Se formó un grupo de residentes y otros de adscritos, con subgrupos de acuerdo al año de entrenamiento y años de experiencia respectivamente. En la investigación se concluyó que existe un mayor desarrollo de aptitud clínica entre los médicos adscritos; sin embargo ambos grupos obtuvieron puntuaciones poco deseables.⁽²³⁾

García Mangas y col., en el año 2005 en varias unidades de medicina familiar valoro el desarrollo de la aptitud clínica considerando el tiempo de experiencia práctica del médico del primer nivel de atención y la categoría laboral. Fue un estudio transversal y se estudio la aptitud clínica en tres categorías de médicos de primer nivel: médicos generales con funciones de medicina familiar, médicos familiares y médicos familiares con funciones de jefes de departamento clínico, adscritos a unidades de medicina familiar que cuentan con 10 o más consultorios. Para valorar la aptitud clínica se utilizo un instrumento con 412 preguntas en torno a 12 casos reales. Se incluyeron 499 médicos de las 3 categorías. Se concluyó que existe diferencia significativa en cuanto a conocimientos entre los médicos sin especialidad y los otros dos grupos valorados, pero la experiencia (considerada como los años de antigüedad) no parece influir en el desarrollo de la aptitud clínica. La educación pasiva prevaeciente parece tener escasa influencia para que los médicos profundicen en la solución de problemas de salud frecuentes en su práctica.⁽²⁷⁾

En el 2004 el Dr. García y el Dr. Viniegra realizaron un estudio para valorar el desarrollo a través del tiempo, de la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar, comparando al mismo grupo de alumnos en dos tiempos diferentes: al inicio del primer año y al terminar el tercer año. Para valorar la aptitud clínica se utilizaron 12 casos clínicos reales de problemas de salud frecuentes en la practica del médico familiar con 412 items que se orientaron a explorar nueve indicadores: reconocimiento de factores de riesgo, reconocimiento de indicios clínicos, integración diagnóstica, selección de pruebas diagnósticas, uso de recursos terapéuticos, reconocimiento de factores pronósticos y de gravedad, decisiones iatropatogénicas por comisión, decisiones iatropatogénicas por omisión, medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta. El estudio concluye que la aptitud clínica es muy similar al comparar a los residentes de acuerdo al grado académico y al comparar al mismo grupo al inicio y final del

proceso educativo, hubo un avance aproximadamente del 10% respecto a la situación inicial, sin embargo resulta pobre desde la perspectiva del dominio de la clínica y de la educación.⁽²⁸⁾

Morales Torres y cols. en el año 2000 realizó un estudio en la ciudad de León, donde analizaron las actitudes y conocimientos entre los médicos de primer contacto sobre un padecimiento en específico, la osteoporosis, se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas, para evaluar actitudes y grado de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la patología. Se valoraron a 310 médicos, que tenían un tiempo promedio de egreso de la facultad de Medicina de 12 a 8 años y pertenecían a 3 diferentes escuelas de educación superior. El resultado obtenido es que no existe diferencia en las respuestas en relación a la edad, género, escuela de procedencia y tiempo de práctica clínica profesional.⁽²⁹⁾

En un estudio realizados por el Dr. Dorado y Col, en el año 2006 en la unidad médica familiar No 14 del IMSS se construyó, validó y aplicó un instrumento para evaluar la aptitud clínica sobre el estudio integral de la familia del médico residente de medicina familiar, modalidad semipresencial. El instrumento estuvo constituido por 92 ítems que evalúan 6 indicadores: estructura familiar, tipología de la familia, ciclo de vida familiar, funciones familiares básicas, interacción familiar y ámbito social. Se validó el instrumento por consenso 4 de 4 en 2 rondas de expertos en investigación educativa y medicina familiar y fue utilizada la prueba de Kuder Richardson fórmula 20 para determinar la consistencia del instrumento obtenido. Fue aplicado a nueve residentes de medicina familiar de la modalidad de semipresencial y la aptitud clínica resultó muy baja.⁽³⁰⁾

Planteamiento del problema

Mundialmente la cervicovaginitis representa la patología ginecológica con mayor afectación de las mujeres en edad reproductiva. En nuestro país, desconocemos su verdadera prevalencia, ya que alrededor de un tercio de las mujeres que la padecen cursan asintomáticas. Se ha identificado que cerca del 15-19% de las mujeres en edad fértil tienen la posibilidad de padecerla, incrementándose este porcentaje a un 30% durante el embarazo y hasta un 40% en mujeres que acuden específicamente a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual. ⁽¹⁾ En el año 2002 se ubicó en el Instituto Mexicano del Seguro Social como una de las doce primeras causas de demanda de atención en el primer nivel, el 77% de esta demanda es realizado por mujeres de 15 a 44 años. ⁽⁵⁾ En el año 2006 en la Unidad de Medicina Familiar No 94 del IMSS se registraron 1303 casos de cervicovaginitis.⁽³¹⁾

Se reconoce que la cervicovaginitis es un factor de riesgo para la presentación de serias complicaciones pélvicas agudas y crónicas, que pueden incluso llegar a comprometer la vida de la mujer, circunstancia que es agravada por condicionantes culturales, y que socialmente la cervicovaginitis sea vista como una condición inherente a la mujer. Situación que llevada al campo de la medicina se expresa con un débil reconocimiento de esta patología por parte del personal de atención a la salud.

Durante muchos años en medicina persistió la idea de que el médico más competente era aquel que tenía una mayor experiencia profesional ó que atendía a un mayor número de pacientes. Infortunadamente la forma rutinaria en la que se da la práctica clínica es una característica de nuestros tiempo, orientada más a seguir normas preestablecidas, con una franca falta de reflexión en la selección pertinente de las decisiones que han de tomarse.⁽¹⁴⁾

Ante esta circunstancia el Instituto Mexicano del Seguro Social ha reconocido que la experiencia solo llega a generar y actualizar el conocimiento, cuando se basa en una práctica profesional reflexiva, es decir, una práctica que permite analizar lo que se hace y como se hace, que además permite experimentar nuevas alternativas que tiendan a solucionar los problemas que enfrenta. Condición que modifíco los programas de capacitación continua en el trabajo; en el año 2002 se capacito al total de su médicos familiares sobre el manejo de los doce padecimientos de mayor demanda de atención médica en unidades de medicina familiar, entre los cuales se encuentra la cervicovaginitis. Esta actualización se realizó utilizando una estrategia educativa participativa que incluyo revisión de pacientes en consultorio, discusión de casos clínicos reales y lectura de artículos de investigación. El seguimiento de esta capacitación se realizo por Jefes de departamento clínico utilizando una lista de cotejo que incluyo como indicadores el registro de exploración vaginal con espejo, registro de tratamiento a la pareja y criterios utilizados para el tratamiento con metronidazol. No obstante los instrumentos utilizados por la institución no permiten identificar la aptitud clínica con que el médico familiar atiende a las mujeres portadoras de cervicovaginitis.

En la revisión de la literatura nacional no fue posible localizar un instrumento de aptitud clínica sobre el manejo de la cervicovaginitis por el médico familiar. Por tal motivo nuestra primera línea de investigación consistió en construir un instrumento de evaluación de la actitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis, respondiendo la siguiente interrogante:

¿Cuál es la validez y fiabilidad del instrumento de evaluación "Aptitud clínica del medico familiar sobre cervicovaginitis"?

Justificación

Por lo anteriormente planteado destaca la importancia de desarrollar alternativas de educación con una mirada participativa que mejore el proceso educativo del médico familiar debido a que se va a enfrentar de primera intención a una gran variedad de patologías y deberá estar capacitado para realizar medidas preventivas, detección temprana, diagnóstico, tratamiento adecuado y en caso de ser necesario una referencia oportuna.

Si queremos lograr el desarrollo de una educación acorde con la realidad del médico familiar no debemos perder de vista que en el proceso educativo la evaluación es una herramienta sumamente importante ya que a través de ella seremos capaces de identificar los logros y limitaciones del propio proceso. Solamente mediante un proceso de evaluación acorde con la propuesta educativa que pretendemos impulsar, seremos capaces de identificar las deficiencias en el desarrollo de la aptitud, con la finalidad de planear una educación que parta de las necesidades del propio educando.

Objetivo general

Construir y validar un instrumento que permita medir la aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis.

Hipótesis

No necesaria por las características del estudio.

Diseño de estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

Identificación de variables

Variable de estudio.

- Confiabilidad del instrumento "Aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis"
- Validez del instrumento "Aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis"

Definición conceptual y operacional de las variables (Anexo 1)

Metodología en la construcción del instrumento.

1. Población susceptible de ser aplicado el instrumento.

Médicos con especialidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Contenidos del instrumento.

- Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas y candida.⁽¹⁾
- Lineamiento técnico médico para la vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar. IMSS.⁽⁴⁾
- Guía clínica para la atención prenatal IMSS.⁽²⁰⁾
- Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención.⁽²¹⁾

3. Tabla de especificaciones.

Caso clínico	Indicador						
	Factores de riesgo	Reconocimiento de datos clínicos	Selección e interpretación de los recursos diagnósticos	Integración diagnóstica	Aplicación de terapéuticas pertinentes	Medidas preventivas	Pronóstico
No. 1	1	9	13	5	17	21	25
	2	10	14	6	18	22	26
	3	11	15	7	19	23	27
	4	12	16	8	20	24	28
No. 2	29	37	41	33	45	49	53
	30	38	42	34	46	50	54
	31	39	43	35	47	51	55
	32	40	44	36	48	52	56
No. 3	57	65	69	61	73	77	81
	58	66	70	62	74	78	82
	59	67	71	63	75	79	83
	60	68	72	64	76	80	84
No. 4	85	97	93	89	105	101	109
	86	98	94	90	106	102	110
	87	99	95	91	107	103	111
	88	100	96	92	108	104	112
No. 5	113	121	125	117	129	133	137
	114	122	126	118	130	134	138
	115	123	127	119	131	135	139
	116	124	128	120	132	136	140

4. Construcción de ítems.

El instrumento consta de cinco casos clínicos, con 140 preguntas las cuales exploran los siguientes indicadores: 1) Factores de riesgo, 2) Reconocimiento de datos clínicos, 3) Selección e interpretación de los recursos diagnósticos, 4) Integración diagnóstica, 5) Aplicación de terapéuticas pertinentes, 6) Medidas preventivas y 7) pronóstico; todos los indicadores constan de 20 ítems. Se tienen tres opciones de respuesta, **F** si la respuesta es falsa, **V** si la respuesta es cierta y **NS** en caso de que desconozca la respuesta correcta. Las respuestas fueron balanceadas de tal forma que el instrumento consta de 70 respuestas verdaderas y de 70 respuestas falsas.

5. Determinación de validez.

A) Constructo.

El instrumento se construyó bajo el enfoque teórico de la metodología educativa de tipo participativa, donde los conocimientos son considerados como producto de la confrontación reflexiva entre información y experiencia vivencial.

B) Contenido.

Los contenidos elegidos para la construcción del instrumento tienen como base los lineamientos médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para el análisis del instrumento se solicitó la revisión e identificación de las respuestas correctas a un ginecoobstetra y tres médicos familiares, con experiencia en educación, solicitándoles observaciones sobre pertinencia, relevancia, coherencia y claridad de los ítems. Se sometió a dos rondas de expertos y fueron seleccionados los ítems en los que se encontró un acuerdo de 4/4.

En la tabla de especificaciones puede observarse que el número de ítems con el que se explora cada uno de los indicadores de los contenidos guarda un adecuado equilibrio.

Se solicitó que contestaran el instrumento a cinco ginecoobstetras con la finalidad de establecer el punto de corte para las categorías de aptitud clínica propuestas mediante el empleo de percentilas.

C) Criterio.

En la literatura no se encontró otros instrumentos validados que midan los contenidos de este instrumento.

6. Pruebas piloto.

Se aplicó una prueba piloto a diecinueve médicos residentes del primer grado, dieciocho residentes de segundo grado y trece residentes de tercer grado de la especialidad de Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No 94, que aceptaron participar.

7. Cálculo de Confiabilidad.

Con base en los resultados obtenidos en la prueba piloto el instrumento se sometió a un análisis para cálculo del coeficiente de confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richardson fórmula 20.

8. Puntos de corte

De acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar el instrumento a cinco ginecoobstetras se obtuvieron los puntos de corte mediante el cálculo de percentilas, considerando las respuestas obtenidas por azar mediante el empleo de la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra y el conocimiento mínimo aceptable determinado por los expertos. Estableciendo las siguientes categorías:

1. Respuestas por azar
2. Aptitud muy baja
3. Aptitud baja
4. Aptitud regular
5. Aptitud buena
6. Aptitud muy buena
7. Aptitud excelente

9. Instrucciones de uso del instrumento.

El instrumento se aplicó en un tiempo máximo de 120 minutos; teniendo tres opciones de respuesta, **F** si la respuesta fue falsa, **V** si la respuesta fue cierta y **NS** en caso de que desconociera la respuesta correcta. Cada respuesta correcta le sumo un punto, cada respuesta incorrecta le resto un punto, la respuesta **NS** no sumo ni resto puntos y las respuestas en blanco le restaron un punto. Las respuestas correctas se presentan en el anexo 4.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación, se procedió a la recolección de los datos, se pidió a cinco ginecoobstetras que contestaran el instrumento y con los resultados obtenidos se calcularon percentilas para determinar las categorías de respuestas.

Se invito de manera personalizada a los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad Medica Familiar No 94 a participar en la prueba piloto del instrumento que evalúa “la aptitud clínica del medico familiar sobre cervicovaginitis” informándoles las características de su participación, invitándolos a contestar el instrumento mencionado, en el horario que dispusieron los participantes, debiendo resolverlo y entregarlo en un máximo de 120 minutos. Con base en los resultados obtenidos en las pruebas piloto se realizo el análisis estadístico para la obtención de la confiabilidad del instrumento.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se publicará en una revista indexada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Anexo 2)

CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, articulo 4to, publicado en el diario oficial de la federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la Comisión interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la federación el 19 de octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la federación el 24 de octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

RESULTADOS

Durante los meses de julio a diciembre del 2006 se realizó una búsqueda intensiva de la bibliografía referente a cervicovaginitis a fin de analizar los elementos teóricos que sustentan los conocimientos en relación con esta patología, con base en la revisión realizada, se construyó un instrumento para valorar la aptitud clínica del médico familiar sobre cervicovaginitis, el cual quedó constituido por cinco casos clínicos con un total de 148 ítems originalmente, distribuidos en siete indicadores los cuales son: 1) Factores de riesgo, 2) Reconocimiento de datos clínicos, 3) Selección e interpretación de los recursos diagnósticos, 4) Integración diagnóstica, 5) Aplicación de terapéuticas pertinentes, 6) Medidas preventivas y 7) pronóstico.

Para determinar la validez del instrumento se solicitó la revisión de un ginecoobstetras y tres médicos familiares, con experiencia en educación, solicitándoles observaciones sobre pertinencia, relevancia, coherencia y claridad de los ítems, se realizaron dos rondas de expertos y de esta forma se seleccionaron los ítems en los que se encontró un acuerdo de 4/4. Con base en las observaciones emitidas por los jueces se hicieron ajustes al instrumento y se conservaron únicamente 140 ítems.

Se solicitó a cinco ginecólogos y obstetras que contestaran el instrumento, para poder determinar las categorías del mismo y con base en los resultados obtenidos se establecieron los puntos de corte mediante el cálculo de percentilas quedando con las siguientes categorías: respuestas por azar, aptitud muy baja, aptitud baja, aptitud regular, aptitud buena, aptitud muy buena y aptitud excelente. Las respuestas obtenidas por azar, se calcularon mediante la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra (cuadro I).

Se realizó una prueba piloto con médicos residentes de medicina familiar de la Unidad Médica Familiar No 94 con un total de cincuenta residentes de primero, segundo y tercer grado. Los resultados obtenidos permitieron determinar la consistencia interna del instrumento mediante la prueba de Kuder- Richardson fórmula 20, obteniéndose una confiabilidad general del instrumento de 0,8117.

Se determinó el coeficiente por indicador, el cual varió desde 0.9767 hasta 0.9829, observándose que la integración diagnóstica y las medidas preventivas obtuvieron el coeficiente más alto mientras que los factores de riesgo obtuvieron el más bajo (cuadro II).

Se determinó también el grado de dificultad de los ítems, el cual varió de 0.21 a 0.92 con un promedio general de 0.70.

Análisis de resultados.

En las últimas décadas se ha cuestionado el enfoque pasivo de la enseñanza en donde el profesor es el protagonista principal y determina los conocimientos necesarios a ser enseñados al alumno. En el enfoque participativo, por otro lado, el alumno es el eje principal del acto educativo, tiene sus propias representaciones y modos de pensamiento, posee una serie de experiencias que habrá de rescatar para elaborar sus conocimientos a través de la reflexión. ⁽³²⁾

Con el fin de evaluar la aptitud clínica en el médico familiar sobre cervicovaginitis se construyó un instrumento presentando casos clínicos, esta modalidad ha demostrado tener una adecuada confiabilidad y ha sido probada en varias especialidades medicas para valorar la aptitud clínica de los especialistas como lo demuestra Pantoja y Col. ^(33,34)

En la especialidad de medicina familiar existen instrumentos para evaluar la aptitud clínica, pero no existe evidencia en la literatura de un instrumento específicamente para evaluar la aptitud clínica del médico familiar en el manejo de la cervicovaginitis, de ahí la importancia de esta investigación ya que por un lado sería el primero en su tipo especialmente para el médico de primer nivel de atención y por otro lado la confiabilidad estadística obtenida en el instrumento, permite proponerlo con suficiente confianza como una herramienta tanto de capacitación como de evaluación del médico familiar.

El proceso de validación del instrumento realizado por dos rondas de expertos aportó un procedimiento apropiado otorgando mayor confiabilidad, lo que se vio reflejado en el valor aceptable de Kuder- Richardson que se obtuvo así como en la confiabilidad de los indicadores.

CONCLUSIONES

Para poder detectar las deficiencias en cuanto a conocimientos o habilidades clínicas es necesario realizar una evaluación confiable, debido a esto y a la falta de instrumentos sobre aptitud clínica en cuanto al tema de cervicovaginitis para los médicos familiares se construyó dicho instrumento, el cual fue validado por un Ginecoobstetra y tres médicos familiares, con experiencia en educación de manera adecuada y se obtuvo una buena fiabilidad del instrumento, lo que permite recomendarlo como herramienta de evaluación útil y confiable.

SUGERENCIAS

Promover la utilización de este instrumento en médicos familiares como herramienta para evaluar la aptitud clínica sobre cervicovaginitis, fomentando la confrontación reflexiva entre información y experiencia vivencial con casos clínicos que encontrará en su práctica cotidiana.

Impulsar el desarrollo de la aptitud clínica de los médicos familiares que les permita abordar a los pacientes de forma integral, desarrollando su capacidad de detectar, discriminar y optar entre diferentes alternativas preventiva y terapéutica que le brinden al paciente una mejor atención.

Anexos

Anexo 1. Cuadro de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Confiabilidad del instrumento	Es el grado en que el instrumento mide con precisión, siendo capaz de ofrecer resultados veraces y constantes en su empleo repetido en condiciones similares de medición.	Es el grado en que el instrumento cuenta con consistencia, estabilidad temporal medido mediante la prueba Kuder Richardson formula 20.	Se valora a través de: * Consistencia: nivel en que las diferentes preguntas están relacionados entre sí, indicando el grado de acuerdo entre los mismos. * Estabilidad temporal: Es la concordancia entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones distintas.	Cuantitativa	razón	De acuerdo al índice arrojado por la prueba Kuder Richardson formula 20.
Validez del instrumento	Es el grado en que el instrumento mide lo que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido.	Es el grado en que el instrumento construido sirve al objetivo con el que fue construido de acuerdo con la evaluación de los expertos en el área	Validez de constructo	Cualitativa	Nominal	1. Valido 2. No valido
			Validez de contenido	Cualitativa	Nominal	1. Valido 2. No valido
			Concordancia	Cuantitativa	De razón	De 0 (nula concordancia) a 1 concordancia total.

Anexo 2. Cronograma de actividades

Actividad	Sept 2006- Oct 2007	Nov	Dic	Ene – Dic 2008	Febr 2009
Elaboración de anteproyecto	+++++	++			
	*****	***			
Aprobación por el Comité Local de Investigación		++			
		**			
Trabajo de campo (aplicación de prueba piloto)			++		
			**		
Análisis de los datos y elaboración de resultados				++	
				**	
Revisión de Trabajo terminado por Comité Local de Investigación				++	
				**	
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo					++

+ Programado * Realizado

Anexo 3. Instrumento.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

“APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS”

Instrucciones para responder los casos clínicos.

Lea cuidadosamente las instrucciones.

Encontrará cinco casos clínicos cada uno de ellos enumerados con números romanos. Lea con cuidado cada caso y los enunciados guía en cada serie de respuestas.

Anote la respuesta para cada enunciado:

F Si considera que la aseveración es falsa.

V Si considera que la afirmación es cierta.

NS En caso de que desconozca la respuesta correcta.

Anote únicamente la letra correspondiente a la opción elegida en la línea a la derecha de cada número arábigo, para ello tome en cuenta las palabras clave de los enunciados guía que en este instrumento tienen exclusivamente el significado que a continuación se menciona:

- **Factor de riesgo:** Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente que, sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave.
- **Factor pronóstico:** son signos o síntomas clínicos o para clínicos parte de un padecimiento que indican una evolución favorable o desfavorable.
- **Compatible:** se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la entidad nosológica propuesta como diagnóstico.
- **A favor:** presencia de un dato clínico, de laboratorio o de gabinete, que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.
- **Útil:** hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que presentan claramente más beneficios (precisión diagnóstica, etc.) que perjuicios (molestias innecesarias, efectos nocivos, etc.) en la situación clínica descrita.
- **Apropiado:** hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento, que son las más efectivas en la situación clínica descrita; con escasos efectos indeseables y claros beneficios inmediatos o potenciales.
- **Seguimiento:** hace referencia a ciertos procedimientos o medidas pertinentes para la vigilancia y control de pacientes descritos, a corto, mediano y largo plazo.

Cada respuesta correcta le sumará un punto, cada respuesta incorrecta le restará un punto, si no está totalmente seguro, puede optar por la respuesta **NS** que no suma ni resta puntos. Recuerde que la respuesta en blanco le resta un punto.

Los casos clínicos exploran la aptitud clínica del médico familiar con respecto a la cervicovaginitis, pero también en conjunción con algunas otras patologías comunes, (como se presenta en la consulta diaria), de tal forma que el médico deberá valorar al paciente de forma integral.

Caso clínico No I

Mujer de 32 años de edad, escolaridad licenciatura, ocupación asistente de dirección. Niega antecedentes personales patológicos. AGO: inicio de vida sexual a los 21 años, con segunda pareja sexual, Gesta 1, Para: 0, Cesárea 0, Aborto 0. FUM: hace 45 días. Última citología vaginal hace un año (normal).

Refiere que fue atendida por amenaza de aborto, hace 10 días. Se le realizó un ultrasonido obstétrico con producto único de 8 semanas de gestación por fotometría. Se le indica reposo. Actualmente refiere presencia de flujo vaginal, blanquecino, grumoso en escasa cantidad de 3 semanas de evolución acompañado de prurito vaginal intenso y disuria.

Exploración física: con ligera palidez de tegumentos, en abdomen no se palpa fondo uterino. A la exploración ginecológica se observa huellas de rascado en labios mayores, eritema vulvar ++, paredes vaginales con exudado blanquecino-espeso no fétido y exocervix cerrado con leve hiperemia, anexos palpables no dolorosos. El resto de la exploración es normal. Los resultados de laboratorio reportan hemoglobina 10.5, hematocrito 23.3, plaquetas 220 000, leucocitos 5,100, grupo sanguíneo B Rh positivo, glucosa 88mg/dl. Examen general de orina pH 5.5 densidad 1.025 leucocitos 0-8 x campo.

Son **factores de riesgo** para infección cervico vaginal en la paciente:

1. ____ Edad de inicio de vida sexual.
2. ____ Número de parejas sexuales
3. ____ El embarazo.
4. ____ Ocupación.

Son diagnósticos **compatibles** de establecer en este momento:

5. ____ Embarazo más anemia leve.
6. ____ Embarazo más infección de vías urinarias.
7. ____ Embarazo más Cervicovaginitis micótica.
8. ____ Embarazo más vaginosis bacteriana.

Son datos clínicos **a favor** del diagnóstico en este caso:

9. ____ Disuria.
10. ____ Palidez de tegumentos.
11. ____ Características de la secreción vaginal.
12. ____ Intensidad del prurito vaginal.

Son estudios de laboratorio **útiles** de realizar en este caso:

13. ____ Biometría hemática.
14. ____ Urocultivo.
15. ____ Frotis en fresco.
16. ____ Prueba de aminas.

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar en este caso:

17. ____ Indicar sulfato ferroso.

18. _____ Nitrofurantoína vía oral.
19. _____ Metronidazol tabletas vaginales.
20. _____ Nistatina óvulos vaginales.

Son acciones preventivas para el **seguimiento** de la paciente:

21. _____ Dieta rica en hierro hemínico.
22. _____ Forzar ingesta de líquidos.
23. _____ Evitar relaciones sexuales durante el tratamiento.
24. _____ Dar tratamiento a la pareja.

Son condiciones que deben ser consideradas como **factor pronóstico** en este caso:

25. _____ El número de gestas.
26. _____ Ausencia de ataque al estado general.
27. _____ Tener pareja estable.
28. _____ Resultado de la Biometría al mes de tratamiento.

Caso clínico No II

Femenino de 22 años de edad, en unión libre, escolaridad bachillerato. AGO: ciclos regulares, cuarta pareja sexual. Gesta 3, Para 2, legrado uterino instrumental hace 40 días por aborto incompleto. Método de planificación familiar: coito interruptus.

Inicia hace 30 días con prurito vulvar de poca intensidad, dos semanas después se agrega flujo vaginal amarillento abundante, con olor fétido, dispareunia y dolor en parte baja del abdomen. Sin presentar mejoría con el uso de duchas vaginales a base de vinagre. El día de hoy se incrementa la intensidad del dolor e inicia con presencia de hipertermia de 38°C

Exploración física: abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Genitales externos con hiperemia vulvar, al tacto vaginal se encuentra cervix central, útero periforme de superficie uniforme, con dolor a la movilización de cervix. Exploración ginecológica armada se observa vagina con hiperemia+++ , cervix con puntillero rojo y leucorrea abundante amarilla. Resto de la exploración física sin alteraciones.

Son **factores de riesgo** para infección vaginal presentes en este caso:

29. _____ Antecedente reciente de legrado uterino instrumental.
30. _____ Uso de duchas vaginales.
31. _____ Número de parejas sexuales.
32. _____ Escolaridad.

Son diagnósticos **compatibles** de establecer en esta paciente:

33. _____ Enfermedad pélvica inflamatoria.
34. _____ Vaginosis bacteriana.
35. _____ Apendicitis.
36. _____ Cervicovaginitis por trichomonas.

Son datos clínicos a **favor** del diagnóstico en la paciente:

37. _____ Hipersensibilidad a la movilización del cervix.
38. _____ Olor de la secreción.
39. _____ Puntillero hemorrágico cervical.
40. _____ Dolor en fosa iliaca derecha.

Son procedimientos diagnósticos **útiles** para confirmar el diagnóstico en el presente caso:

- 41. Ultrasonografía.
- 42. Búsqueda de células clave.
- 43. Radiografía simple de abdomen
- 44. Cultivo de secreción Vaginal.

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

- 45. Manejo con doxiciclina vía oral.
- 46. Clindamicina crema intravaginal al 2 %
- 47. Tratamiento a la pareja.
- 48. Apendicetomía.

Son medidas preventivas pertinentes de realizar en el **seguimiento** de esta paciente:

- 49. Tratamiento oportuno de cervicovaginitis.
- 50. Profilaxis antimicrobiana postoperatoria.
- 51. Verificar remisión de vaginosis bacteriana posterior al tratamiento.
- 52. Educación sobre enfermedades de transmisión sexual.

Son condiciones que deben ser consideradas factor **pronóstico** en este caso:

- 53. Respuesta adecuada a la doxiciclina.
- 54. Persistencia de células clave en frotis.
- 55. Complicación con absceso pélvico.
- 56. Persistencia de protozooario en frotis.

Caso clínico No III

Femenino de 50 años de edad, escolaridad secundaria, portadora de diabetes mellitus desde hace 15 años, recibe tratamiento con glibenclamida 1 x 3. Curso con faringoamigdalitis hace 20 días por lo que se le prescribió ampicilina. AGO.- Ciclo menstrual irregular con presencia de dismenorrea y menorragia ocasional, Gesta 2, Para 2. Método de planificación familiar (Oclusión tubaria bilateral). Inicia hace 10 días con polidipsia y polifagia además se agrega desde hace 3 días leucorrea blanca amarillenta en escasa cantidad, prurito vulvar intenso y dispareunia.

Se realiza exploración ginecológica con genitales externos con eritema vulvar (++), cervix rosado, cerrado, paredes vaginales con pérdida de pliegues, leucorrea blanco-amarillenta adherente. Resto de la exploración física sin alteraciones.

Reporte de laboratorio: glucosa de 240mg /dl, EGO pH 5 densidad 1.020, glucosa (++), eritrocitos 0-2 x campo, leucocitos 8 x campo.

Son **factores de riesgo** para infección vaginal en este caso:

- 57. Métodos de anticoncepción empleado.
- 58. Diabetes Mellitus
- 59. Uso de antibiótico.
- 60. Escolaridad

Son diagnósticos **compatibles** en este caso

- 61. Diabetes mellitus descontrolada.
- 62. Miomatosis uterina.

- 63. ____ Cervicovaginitis mixta.
- 64. ____ Vaginitis atrófica.

Son datos clínicos **a favor** del diagnóstico en esta paciente:

- 65. ____ Flujo vaginal blanco amarillento.
- 66. ____ Menorragia.
- 67. ____ Glucosuria.
- 68. ____ Ausencia de pliegues en mucosa vaginal.

Son estudios de laboratorio útiles para confirmar el diagnóstico

- 69. ____ Frotis de exudado vaginal.
- 70. ____ Ultrasonografía.
- 71. ____ Perfil hormonal.
- 72. ____ Glucemia en ayunas.

Son acciones **apropiadas** de realizar:

- 73. ____ Evitar uso de estrógenos.
- 74. ____ Vigilancia mensual de glucosa.
- 75. ____ Aseo anogenital después del contacto sexual.
- 76. ____ Uso de lubricante vaginal a base de agua.

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

- 77. ____ Ajustar tratamiento hipoglucemiante.
- 78. ____ Tratamiento quirúrgico.
- 79. ____ Tratamiento con metronidazol y nistatina.
- 80. ____ Estrógenos en crema vaginal.

Son condiciones que deben ser consideradas como **factor pronóstico** en este caso:

- 81. ____ Niveles de estrógeno en sangre.
- 82. ____ Resultado histopatológico del mioma obtenido.
- 83. ____ Más de cuatro cuadros de cervicovaginitis por año.
- 84. ____ Tiempo de evolución de diabetes mellitus.

Caso clínico No IV.

Femenino de 31 años de edad, escolaridad primaria. AGO.- Nulipara, con antecedente de dismenorrea, cuarta pareja sexual. Método de planificación familiar: dispositivo intrauterino. Sin citología vaginal. Utiliza productos de higiene genital (versal).

Refiere iniciar con leucorrea blanquecina no pruriginosa, no fétida de 8 días evolución con misma sintomatología cada mes desde hace medio año y en esta ocasión ha llegado a presentar ardor vaginal y sangrado (manchado) después del coito.

Exploración ginecológica armada se observa cervix rosado, cerrado con zona erosionada localizada a las nueve según las manecillas del reloj, leucorrea hialina no fétida, resto de la exploración física sin alteraciones.

Son **factores de riesgo** para infección cervico vaginal en esta paciente:

- 85. ____ Edad.
- 86. ____ Método de planificación familiar.

87. ____ Número de compañeros sexuales.
88. ____ Número de embarazos.

Son diagnósticos **compatibles** en este caso:

89. ____ Endometriosis.
90. ____ Ectropión cervical.
91. ____ Vaginitis candidiasica.
92. ____ Vaginitis no infecciosa.

Son procedimientos diagnósticos **útiles** en el presente caso:

93. ____ Laparoscopia.
94. ____ Realizar colposcopia.
95. ____ Levaduras en frofis.
96. ____ Cultivo de exudado vaginal negativo.

Son datos clínicos **a favor** del diagnostico:

97. ____ Presencia repetitiva de sintomatología.
98. ____ Dismenorrea.
99. ____ Leucorrea blanquecina.
100. ____ Sangrado postcoital.

Son medidas de manejo **apropiadas** de realizar en este caso:

101. ____ Evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.
102. ____ Realizar citología vaginal anual.
103. ____ Dar tratamiento a la pareja.
104. ____ Evitar productos de higiene genital.

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

105. ____ Tratamiento quirúrgico.
106. ____ Electrocauterización.
107. ____ Corticoesteroide vaginal.
108. ____ Itraconazol vía oral.

Son condiciones que deben ser consideradas como **factor pronóstico** en este caso:

109. ____ Reporte histopatológico de tejido endometrial.
110. ____ Epitelizacion cervical adecuada.
111. ____ Vaginitis recurrente.
112. ____ Infección vaginal agregada.

Caso clínico No V.

Femenino de 22 años de edad, soltera, tabaquismo positivo desde hace 5 años. AGO: G: 2 P: 1 C: 1 tercera pareja sexual, fecha de última menstruación hace 3 meses, método de planificación familiar: implante subdermico (desde hace 5 meses).

Desde hace 10 días presenta mastodinía, estado nauseoso matutino, cefalea generalizada y manchado de pantaleta con secreción blanco grisáceo, produce olor desagradable percibido a distancia, así como disuria.

Al examen pélvico bimanual se encuentra útero con ligero aumento de tamaño. Exploración ginecológica: genitales externos con hiperemia vaginal leve (+), espéculoscofia con cervix central rosado, orificio externo presenta leucorrea grisácea con fetidez intensa. Resto de la exploración física sin alteraciones

Son **factores de riesgo** para infección cervicovaginal en este caso:

- 113. Uso de estrógenos.
- 114. Número de parejas sexuales.
- 115. Estado civil.
- 116. Tabaquismo.

Son diagnósticos **compatibles** en este caso:

- 117. Efecto secundario del método anticonceptivo.
- 118. Embarazo.
- 119. Vaginosis bacteriana.
- 120. Cervicovaginitis candidiasica.

Son datos clínicos **a favor** del diagnostico:

- 121. Presencia de cefalea.
- 122. Útero aumentado de tamaño.
- 123. Disuria.
- 124. Flujo vaginal fétido.

Son procedimientos **útiles** para establecer un diagnóstico:

- 125. Suspensión del método de planificación.
- 126. Presencia de pseudohifas en frotis.
- 127. Prueba de aminas.
- 128. Prueba inmunológica de embarazo.

Son medidas terapéuticas **apropiadas** de realizar en este caso:

- 129. Cambio de método anticonceptivo.
- 130. Indicar ácido fólico.
- 131. Metronidazol vía oral.
- 132. Itraconazol vía oral.

Son medidas pertinentes de realizar en el **seguimiento** de esta paciente

- 133. Consejería para cambio de método de planificación familiar.
- 134. Control prenatal mensual.
- 135. Cita al término del tratamiento para verificar remisión de vaginosis.
- 136. Suspender la actividad sexual durante el tratamiento.

Son condiciones que deben ser consideradas como **factor pronóstico** en este caso:

- 137. Persistencia de síntomas sin hormonal.
- 138. Cesaría previa.
- 139. Presencia de pH vaginal mayor de 4.5

140._____ Persistencia de levaduras en frotis.

ANEXO 4

RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO

No.	Respuesta	No.	Respuesta	No.	Respuesta
1	F	54	F	107	V
2	V	55	F	108	F
3	V	56	V	109	F
4	F	57	F	110	V
5	V	58	V	111	F
6	F	59	V	112	V
7	V	60	F	113	V
8	F	61	V	114	V
9	F	62	F	115	F
10	V	63	V	116	F
11	V	64	F	117	V
12	F	65	V	118	F
13	V	66	F	119	V
14	F	67	V	120	F
15	V	68	F	121	V
16	F	69	V	122	F
17	V	70	F	123	F
18	F	71	F	124	V
19	F	72	V	125	V
20	V	73	F	126	F
21	V	74	V	127	V
22	F	75	V	128	F
23	V	76	F	129	V
24	F	77	V	130	F
25	F	78	F	131	V
26	F	79	V	132	F
27	V	80	F	133	V
28	V	81	F	134	F
29	F	82	F	135	V
30	V	83	V	136	F
31	V	84	V	137	V
32	F	85	V	138	F
33	V	86	F	139	V
34	F	87	V	140	F
35	F	88	F		
36	V	89	F		
37	V	90	V		
38	F	91	F		
39	V	92	V		
40	F	93	F		
41	V	94	V		
42	F	95	F		
43	F	96	V		
44	V	97	V		
45	V	98	F		
46	F	99	F		

47	V	100	V
48	F	101	F
49	V	102	V
50	F	103	F
51	F	104	V
52	V	105	F
53	V	106	V

ANEXO 5 CUADROS

Cuadro I. Categorías del Instrumento Aptitud Clínica del Médico Familiar sobre Cervicovaginitis.

CATEGORIAS	RANGOS
Respuestas por azar	0-17
Aptitud muy baja	18-37
Aptitud baja	38-57
Aptitud regular	58-77
Aptitud buena	78-97
Aptitud muy buena	98-117
Aptitud excelente	≥ 118

Cua
dro
II.
Pru
eba
de
Kud
er-
Ric

Cuadro II. Prueba de Kuder-Richardson por indicador.

INDICADORES	VALOR
Factores de riesgo	0.9766
Reconocimiento de datos clínicos	0.9796
Selección e interpretación de los recursos diagnósticos	0.9767
Integración diagnóstica	0.9829
Aplicación de terapéuticas pertinentes	0.9792
Medidas preventivas	0.9816
Pronostico	0.9780

BIBLIOGRAFÍA:

1. Trejo PJA. Hernández LB. Carrasco RJR. Ducoing DD. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas y candida. Rev Med IMSS. 2003; 41 Supl 1: 71-6.
2. Paz E, Pardo R. Incidencia de infecciones cervicovaginales en pacientes de la consulta externa en el Hospital Jornal. 2004; 5(6):5-10
3. Montes de Oca A. Sondas de ADN versus examen en fresco en pacientes con patología vaginal. Rev. Mex Patol Clin. 2002; 49(2):100-7
4. Pozos CJL. Lineamiento técnico medico para la vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar, clave 2730-013-001. IMSS. 2005: 20-2.
5. División técnica de información estadística en salud. Tendencia y distribución de los principales motivos de consulta en Medicina Familiar, por edad, sexo y delegación 1991-2002. Rev. Med. IMSS. 2003;41 Supl 1: 88-6
6. Caballero PR. Batista MR. Cué BM. Ortega GL. Rodríguez BME. Vaginosis bacteriana. RESUMED; 13 (2). 63-5.
7. Castelaszo MS. Enfermedades de transmisión sexual. PAC GO-1. 1998; (4). 9-25.
8. González PA. Mota VR. Ortiz ZC. Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana. Sociedad española de medicina familiar y comunitaria. 2004; 34 (7): 360-365.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
10. Mondragón CH. Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud. 2ª edición. México DF: Trillas, 2006: 235-60.
11. Issler R. Infecciones del tracto genital inferior. Revista de posgrado de la catedra V la medicina. 2001; (102): 21-38
12. Mendoza GA. Trinidad VT. Sánchez PI. Ruiz SD. Tay ZJ. Frecuencia de vaginosis producida por Gardnerella Vaginalis y su asociación con otros patógenos causantes de infecciones genitales en la mujer. Ginecología y obstetricia de México. 2001; 69 (Julio): 272-76.
13. Buitron GF. Romero CR. Cruz TF. Bonifaz A. Zaruma MF. Estudio de especies de candida no albicans y su relación con candidiasis vulvovaginal recurrente. Ginecología y obstetricia de México. 2002; 70 (Sept): 431-36.

14. González MJ. González BJ. González BE. Ginecología. 8ª edición. Barcelona España: Masson, 2003: 217-41.
15. Kumate J. González G OM. Santos JI. Manual de Infectología clínica. 14ª edición. México DF: Méndez Editores, 1994: 363-75.
16. Ausina RV. Moreno GS. Tratado SEIM de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Madrid España: Médica Panamericana, 2006: 617-24, 1249-62.
17. Jones HW. Coiston WA. Burnett LS. Tratado de Ginecología de Novak. 11ª edición. México DF: Interamericana McGraw-Hill, 1991: 507-29.
18. DeCherney AH. Pernoll ML. Diagnostico y tratamiento de Ginecoobstetricia. 7ª edición. México DF: Manual Moderno, 1997: 869-98.
19. Wilson WR. Diagnostico y tratamiento de enfermedades infecciosas. México DF: Manual Moderno, 2002: 235-51.
20. Hernández LB. Trejo PJA. Ducoing DDLR. Vázquez. Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med IMSS. 2003; 41 Supl 1: 59-69.
21. Criterios para el diagnostico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención (editorial). Rev Med IMSS. 2007; 45 (3): 249-54.
22. Oriol AA. Espinosa HPP. Filosofía de la ciencia. México: Instituto Politécnico Nacional: 1994.
23. Cortes FR. Barrera MJ. Cobos AH. Aptitud clínica en una muestra entre médicos y residentes de ginecoobstetricia ¿existen diferencias? An Med Asoc Hosp. ABC. 2005; 50 (4): 150-55.
24. Sabido SMC. Aptitud y desempeño, en la evaluación del médico. En: Viniegra VL. La Investigación en la Educación, papel de la teoría y de la observación. México: IMSS, 2000: 251-70.
25. Cox KR. Ewan CE. La docencia en Medicina. Barcelona: Doyma, 1990.
26. García A. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. Rev. Invest Clini Mex. 1999; (51): 93-8.
27. García MJA. Viniegra VL. Arellano LJ. García MJ. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Med IMSS. 2005; 43 (6): 465-72.
28. García MJA. Viniegra VL. La formación de médicos Familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev Med IMSS. 2004; 42 (4): 309-20.

29. Morales TJ, Hernandez OC, Alvarez CJA. Un análisis de las actitudes y conocimientos sobre osteoporosis entre los médicos de primer contacto en León Guanajuato. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 2000; 8 (2): 62-6.
30. Dorado GM, Loria CJ, Guerrero MM. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8(3): 169-74
31. Registro de Principales Motivos de Consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 94 del 2006.
32. Garza PP, Viniegra VL. Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación. *Rev Med IMSS* 2000; 38(3): 235-41
33. Pantoja PM, Barrera MJ, Insfrán SM. Instrumento para evaluar la aptitud clínica en anestesiología. *Rev Med IMSS* 2003; 41(1):15-22
34. Olvera CA, Medina FAM. Manejo de la insuficiencia respiratoria a través de casos clínicos por alumnos del curso profesional técnico en terapia respiratoria. *Cir Ciruj* 2007; 75 (4)271-274