



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
"EL ROSARIO"**



**"APEGO DEL PERSONAL MÉDICO DE LA UMF No. 33 EL ROSARIO, A LOS
CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS
INFECCIOSA SEGÚN LA GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA 2009"**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. CLAUDIA PÉREZ LUNA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

A S E S O R A

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN

MÉDICO FAMILIAR

ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ASESORA DE TESIS

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN

MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33 “EL ROSARIO”

AUTORA DE TESIS

DRA. PÉREZ LUNA CLAUDIA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33

DEDICATORIA

A mi hijo Tenoch

Por ser el motor de mi vida y el único responsable de darme las ganas de continuar en el camino sin importar la dirección que tome, porque sé que por él será la correcta; por soportar mi ausencia en todos aquellos momentos en los que debí estar a su lado, y por darme la dicha y la oportunidad de su presencia, porque tan solo con ver su sonrisa sé que la vida vale la pena. Te amo mi niño, gracias por todo lo que me das.

A mis padres Isaías y Juana Zoila

Por darme la vida y las herramientas necesarias para convertirme en una mujer independiente, por saber soportar y perdonar todos mis errores; por no dudar de mí ni un instante, por amarme y estar siempre en el momento justo e indicado en mi vida; por brindarme su apoyo incondicional; por consentirme demasiado y tratar siempre de brindarme lo mejor. Por todo eso y más los amo.

A mi hermano Manuel

Por saber ser un buen ejemplo, por todos los momentos en los que me hizo mirar hacia atrás y reacomodar mi vida, por protegerme y hacerme saber que soy capaz de lo que me proponga y que no hay en la vida obstáculo alguno que pueda impedir lograr mis objetivos; por hacerme ver las cosas tal y como son; por saberme orientar y porque sé que puedo contar con él.

A mis compañeros y amigos

A Alma por brindarme su confianza y abrirme las puertas de su casa, a Ángeles y José Luis por su compañía cuando estuvimos lejos de casa, y especialmente a Ana Melchor por su sinceridad y compañía en las aulas de trabajo, por ser una excelente persona y por saber ser amiga... se les extrañara.

A mi asesora de tesis Dra. Concepción

Por su apoyo y por las facilidades otorgadas para poder realizar este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	19
TABLAS Y GRÁFICAS	21
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	42
SUGERENCIAS	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	47

Apego del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa según la Guía de Práctica Clínica 2009.

Dra. Concepción Vargas León¹ Dra. Claudia Pérez Luna²

Introducción. Las Guías de Práctica Clínica ofrecen la posibilidad de adherirse a estándares para asegurar un mejor nivel de atención en la práctica. La cervicovaginitis es una patología frecuente de demanda en la consulta y cuenta con criterios bien establecidos para su diagnóstico y tratamiento. **Objetivo.** Conocer el porcentaje del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, que se apega a los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica (GPC), para el diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención 2009. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal por muestreo no probabilístico a conveniencia a médicos de la UMF No 33, con aplicación de estadística descriptiva mediante la revisión de notas médicas del expediente electrónico; se calcularon frecuencias y porcentajes. **Resultados.** El apego a los criterios de la GPC fue de 2%, el 52.7% realizó interrogatorio suficiente, 25.5% realizó una adecuada exploración ginecológica, 11.8% dio tratamiento específico al diagnóstico, 31.4% se valió de auxiliares diagnósticos, 26.6% realizó actividades complementarias y 26.6% dio tratamiento a la pareja. **Conclusiones.** El apego del personal médico a la GPC fue muy bajo, conviene crear estrategias para su difusión.

Palabras clave: Cervicovaginitis, Guía de Práctica Clínica.

¹Med.Fam, UMF No.33, ² Med.Red.3er.Año Med.Fam, UMF No.33

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) se definen como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas”. Guardan estrecha relación con el movimiento científico que hace énfasis en la medicina basada en evidencia, ya que sus recomendaciones toman los últimos resultados disponibles de investigaciones realizadas con rigor metodológico.

En la actualidad existe una creciente demanda para asegurar mayor calidad al otorgar y recibir atención médica.

Por otro lado, en los últimos años las actividades de investigación y la generación de información sobre métodos diagnósticos y terapéuticos se han incrementado rápidamente. Es frecuente que el médico se vea rebasado por el material bibliográfico que se publica y el avance tecnológico; en este contexto, las GPC sirven como puente entre la información que se genera y su uso en el quehacer diario del médico. Las GPC ofrecen la posibilidad de adherirse a estándares para asegurar un mejor nivel de atención en la práctica.

La cervicovaginitis se encuentra dentro de las patologías más frecuentes de demanda de consulta en Medicina familiar, cuenta con criterios bien establecidos para su diagnóstico y tratamiento, recopilados en una Guía de Práctica Clínica; y debido a la alta prevalencia de esta enfermedad en las mujeres en edad reproductiva, a su tendencia a la cronicidad por un mal manejo y las complicaciones que de ella derivan, es motivo para la realización del presente trabajo con la finalidad de identificar la frecuencia del apego del personal médico a la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la cervicovaginitis.

ANTECEDENTES

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un severo problema de salud pública a nivel mundial. Los agentes causales incluyen bacterias, virus, hongos y protozoos. Dan lugar a un gran número de complicaciones y secuelas; además, existe una importante correlación entre las ITS y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).

Las vulvovaginitis infecciosas son una causa muy frecuente de consulta ginecológica¹ y pueden agruparse en función de los agentes patógenos involucrados: Vaginosis bacteriana, un síndrome polimicrobiano asociado disminución de lactobacilos y a altas concentraciones de organismos anaerobios, entre ellos *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp.*, *Mycoplasma sp.*, *Prevotella sp.* y *Mycoplasma hominis*; candidiasis vulvovaginal, ocasionada por *Cándida albicans* y otras especies; tricomoniasis (sín. trichomonosis, trichomoniasis) vaginal, cuyo agente causal es *Trichomonas vaginalis*, el agente no viral de transmisión sexual más frecuente².

Su prevalencia real se desconoce debido a que aproximadamente 33 a 50 % de las mujeres con esta condición son asintomáticas, y a que las cifras informadas varían de acuerdo con la población estudiada: la vaginosis o vaginitis bacteriana se ha encontrado del 15 a 19 % de las pacientes ambulatorias, en 10 a 30 % de las mujeres embarazadas y hasta en 40 % de aquellas mujeres que acuden a clínicas que atienden enfermedades de transmisión sexual³. Además de que puede variar dependiendo de la población de estudio, por ejemplo, la candidiasis vaginal va de un 10 a 25 % según diversos autores y la vaginosis bacteriana (VB), varía entre 20 y 45 % según los reportes en la literatura¹.

Se estima que ocurren más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables al año en el mundo. La mayoría afecta a personas entre 15 y 49 años, en etapa plena productiva y reproductiva⁴.

Vaginitis, cervicitis y uretritis por *T. vaginalis* constituyen algunas de las enfermedades de transmisión sexual más conocidas en el mundo; se estima que entre 120 - 180 millones de mujeres sufren la infección anualmente en el mundo.

En Argentina la Disfunción Vaginal afecta entre el 20% y el 50%, de todas las mujeres en edad fértil, por lo cual constituye una de las patologías de mayor dimensión (no

menos de dos millones de mujeres enfermas diariamente) en nuestro país para el 2010, de las cuales 50% son asintomáticas⁵.

El estudio morfológico del contenido vaginal, en Argentina, demuestra que hasta un 50% de mujeres asintomáticas (embarazadas o no) presentan alteraciones significativas de la función vaginal. Un porcentaje importante (15 a 30%) de mujeres que consultan por síntomas (en ausencia de signos evidentes)⁵.

En el año de 2008 se reportaron en México 136 002 casos, con una mayor incidencia entre los 20 - 49 años edad, con una tasa de infección: 127.48 / 100 000 habitantes (Fuente: Anuario de Morbilidad del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA, 2008)⁶. Se considera que es más frecuente en las fronteras, zonas turísticas y D.F.; sin embargo, la validez de esta información sobre la distribución geográfica de la parasitosis es relativa, ya que el mayor número de casos en 2008 se registró en Zacatecas, Yucatán, Veracruz, Tlaxcala, Tabasco, Puebla, Oaxaca (se hace mención de los Estados con una incidencia mayor a 200.0)². En el 2000 se registraron 30,794 casos, con una tasa de 548,08 por 100,000 habitantes, al mes de mayo del 2010 se han registrado 21,077 casos con un tasa de 229,20. De las ITS, la Candidiasis y Tricomoniasis Urogenital son los padecimientos que registran el mayor número de casos, siendo 8,238 de Candidiasis Urogenital con una tasa 144.39 y 4,716 de Tricomoniasis con una tasa de 82.66 lo que representa un 61.00 % y 36.06 % respectivamente⁷.

En el estado de México se reportaron, hasta mayo del 2010, 7,138 casos de tricomoniasis urogenital en la población femenina y 1,717 para el DF⁶.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social las cervicovaginitis se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las unidades de medicina familiar, son una de las principales causas de consulta ginecológica y se caracterizan principalmente por la presencia de leucorrea e irritación vulvar⁸.

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos⁴.

La palabra vaginitis significa inflamación de la mucosa vaginal. El término cervicovaginitis hace alusión al proceso inflamatorio de vagina y cérvix, caracterizado por la alteración de la flora normal de la vagina y el desarrollo de agentes patógenos

como *Gardnerella vaginalis*, *Cándida albicans* y *Trichomonas vaginalis*⁹. Las vaginitis infecciosas pueden aparecer por un aumento en la virulencia de los gérmenes ya existentes en la flora vaginal, los cuales son considerados como saprófitos o habituales, o por la aparición de otros que, dada su virulencia, provocan desde el principio una reacción inflamatoria¹⁰.

El ecosistema vaginal normal es reconocido como un importante mecanismo de defensa del huésped contra dichas infecciones, ya sea por la exclusión competitiva de los microorganismos, la producción de ácido láctico por los lactobacilos presentes, o bien por la producción de bacteriocinas y/o peróxido de hidrógeno¹.

Sin embargo, también se reconocen una serie de factores que pueden alterar el citado ecosistema, como los relacionados con la conducta sexual, el uso de antimicrobianos, los cambios naturales del ciclo menstrual, la aplicación o uso de duchas vaginales y tampones, los hábitos higiénicos y otros^{1, 10}.

La percepción de signos y síntomas a nivel del tracto genital inferior (TGI), es el motivo de consulta médica más frecuente en mujeres en edad fértil, embarazadas o no. Un número considerable recurre a consulta extramédica en Farmacia y otro mayor aún, soporta su estado o utiliza tratamientos “caseros”⁵.

Lo que nos marca la Guía de Práctica Clínica es que la evaluación de las mujeres con vaginitis infecciosa debe incluir una historia clínica enfocada a un espectro completo de los síntomas vaginales: cambio en la cantidad de secreción, mal olor vaginal, prurito, irritación, ardor, dispareunia, disuria, localización de los mismos (vulva, vagina, ano); su duración, su relación con el ciclo menstrual, así como la historia sexual para clasificar a la mujer con riesgo alto de ser portadoras de una enfermedad de transmisión sexual⁴.

Se considera a una mujer con alto riesgo para ser portadora de una enfermedad de transmisión sexual, si presenta las siguientes características: edad menor o igual a 25 años con cambio de pareja o con más de una pareja sexual en el último año.

El examen físico, debe incluir una evaluación de la vulva y revisión con espejo vaginal, en donde se puedan obtener muestras para la medición del pH, la prueba de las aminas y frotis para el examen directo al microscopio⁴.

El abordaje microbiológico de la secreción vaginal, es la piedra angular en el diagnóstico de las vaginitis. Un examen simple, capaz de realizarse de manera

inmediata en el mismo consultorio, ya que solo se necesita un microscopio para la observación directa.

Se recomienda hacer varios extendidos de la muestra, para realizar las siguientes pruebas:

1. Examen en fresco con una gota de solución salina.
2. Examen con hidróxido de potasio al 10%.
3. Test de aminas.
4. Medición del pH.

Con todos estos exámenes el abordaje diagnóstico de una vaginitis infecciosa es muy sensible y específico, y mediante el cual podemos tener la certeza de manejar de manera adecuada este tipo de patologías⁸.

Los cultivos vaginales se reservan para casos especiales de sospecha de *Trichomona vaginalis* ó en los siguientes casos: la paciente solicita un diagnóstico preciso, existe un riesgo alto para presencia de infección de transmisión sexual, hay síntomas de infección de tracto reproductivo alto, no hubo respuesta un tratamiento previo y si los síntomas se presentan en las 3 primeras semanas posterior a la inserción de DIU⁴.

Para tratar las vaginitis en general, debe hacerse un diagnóstico etiológico tanto clínico como basado en los auxiliares diagnósticos (estudio de secreciones genitales investigando, además, chlamydia y micoplasma, citología vaginal, colposcopia y biopsia si fuera necesario)¹¹.

Se puede dar tratamiento empírico con base en síntomas y características de secreción vaginal, en mujeres con bajo riesgo de ETS, que no presenten síntomas de infección del tracto reproductivo alto. En estos casos de debe realizar en siguiente examen físico: palpación abdominal (descartar dolor), inspección de vulva (buscar signos de vulvitis), examen con espejo (inspección de paredes de la vagina y cérvix, cantidad, consistencia y color de la secreción) y examen pélvico bimanual (descartar datos de afectación de tracto reproductivo alto: dolor la movilización de cérvix, masas en anexos, abombamiento de fondos de sacos)⁴.

En un porcentaje importante (>50%) de mujeres asintomáticas se puede aislar *Gardnerella v.* como parte de la flora vaginal normal. Una concentración alta, se ha asociado con la presencia de vaginosis bacteriana (VB). En caso de contar con el

recurso (frotis de exudado vaginal con tinción de Gram), utilizar los criterios de Hay/Ison para el diagnóstico de VB. Se debe dar tratamiento a mujeres asintomáticas que se van a someter a algún procedimiento gineco-obstétrico (inserción de DIU, biopsia endometrial, cesárea electiva, legrados). El tratamiento con metronidazol es costo efectivo⁴. No se observa una disminución en la frecuencia de recaídas o reinfección de VB cuando se da tratamiento a la pareja masculina. No está indicada la detección ni el tratamiento en la(s) pareja(s) en el caso de VB⁴.

El 90% de los episodios de vulvovaginitis por *Candida* se deben a *Candida albicans*, el 10% restante se deben a otras especies menos frecuentes, las cuales se asocian a candidiasis vaginal complicada y resistencia al tratamiento habitual por lo que se deberá enviar a segundo nivel de atención para su manejo de acuerdo a cultivos y sensibilidad a tratamiento. El estudio microscópico de rutina y el cultivo son las pruebas estándar para el diagnóstico de vaginitis por *Candida* (VC). Todos los azóles tópicos y orales así como la nistatina local, tiene una efectividad alrededor del 80% en tratamiento de candidiasis vulvovaginal no complicada. No se debe dar tratamiento a la pareja masculina si esta se encuentra asintomática⁴.

La vaginitis por *Trichomona v.* (VT) es una enfermedad de transmisión sexual.

En 90% de VT hay infección por tricomonas de la uretra y glándulas parauretrales en la mujer.

El cultivo en medio de Diamond's es el estándar de oro para el diagnóstico de VT. El reporte de tricomonas en la citología cervical (DOC) solo tiene el 58% de sensibilidad y el 8% de falsos positivos, por lo que se debe confirmar el diagnóstico a través del cultivo de secreción vaginal y si no se dispone del cultivo, dar tratamiento indicado.

Se debe dar tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es) (varón) en caso de VT sin solicitar estudios aún si se encuentra asintomático. El tratamiento debe ser sistémico para lograr la curación. La mayoría de las cepas de *Trichomona* son muy sensibles al metronidazol y fármacos relacionados (tasa de cura 95%)⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se estima que ocurren más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables al año en el mundo. La mayoría afecta a personas entre 15 y 49 años, en etapa plena productiva y reproductiva⁴.

Para el 2007 en el Instituto Mexicano del Seguro Social las cervicovaginitis se ubican dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las unidades de medicina familiar¹², actualmente sigue siendo parte de las primeras causas de atención médica.

Diversos estudios concluyen que las infecciones vaginales, no obstante ser muy frecuentes, no tienen la atención clínica ni epidemiológica que merecen. La tinción de Gram y la aplicación de los criterios de Amsel, son recursos accesibles y fáciles de aplicar para integrar el diagnóstico¹³.

En la UMF No. 33 El Rosario en lo que va del año en curso, se encuentra adscrita un total de 113 525 usuarios, los cuales el 52.57% son de sexo femenino, que representa la mayoría de usuarios, de las cuales el No. de mujeres en edad fértil son 25,964, que representa el 43.49% del total de las mujeres, y el 22.87% del total de usuarios¹⁴.

Las cervicovaginitis aumentan en la edad reproductiva, la identificación de los factores de riesgo asociados con agentes etiológicos es importante para orientar adecuadamente el diagnóstico y otorgar el tratamiento específico¹⁵.

En un estudio publicado en el 2007, realizado en el estado de Guanajuato se ha encontrado que en casi 80 % los diagnósticos no se realizan apegados a los criterios contenidos en la norma oficial mexicana y la guía clínica para la atención de la cervicovaginitis implementada en el IMSS y derivada de la norma. La confirmación diagnóstica a través de auxiliares de laboratorio disponibles en el primer nivel de atención, como el cultivo de exudado vaginal, apenas se utilizó en 26.9 % de los casos. Como consecuencia, el apego al tratamiento específico no se fundamenta de acuerdo con los criterios mencionados, lo que propicia que las pacientes sean multitratadas o no se resuelva la enfermedad y tiendan a la cronicidad, factor de riesgo para amenaza de parto prematuro, esterilidad tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica o, incluso, para cáncer cervicouterino, como se describe en diversos estudios¹².

Sin embargo en la literatura no se informan más estudios que identifiquen o estén dirigidos a caracterizar el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis, la mayoría se enfoca principalmente a la prevalencia y etiología; teniendo mayor relevancia, el

diagnóstico que se realiza ya que de ello depende el tratamiento, seguimiento y actividades de prevención que se establezcan, repercutiendo en la disminución de las recurrencias y complicaciones de esta patología.

Resulta lamentable que en la literatura se haya abordado con una frecuencia tan baja este tema, no obstante al observar que en la consulta externa se detecta un gran número de pacientes con infecciones vaginales inespecíficas y posterior a tratamiento farmacológico continúe con la problemática y haya la posibilidad de convertirse en un padecimiento crónico y con ello disminuir la calidad de vida de la mujer en edad reproductiva y aumentar las posibilidades de complicaciones; es por eso que me surge la inquietud de saber:

¿Cuál es el apego del personal médico que se encuentra laborando en la UMF No. 33 El Rosario, a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de las vaginitis infecciosas, según la Guía de Práctica Clínica 2009?, ¿Cuál es el porcentaje de médicos que realizan un adecuado interrogatorio, una adecuada exploración física, dan tratamiento específico al diagnóstico emitido, utilizan auxiliares diagnóstico, dan tratamiento a la pareja y tratamiento complementario respecto a la cervicovaginitis, según los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el porcentaje del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, que se apega a los criterios que marca la Guía de práctica Clínica, para el diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención. 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el porcentaje del personal médico que hace una adecuada semiología y descripción de los signos y síntomas congruentes a la patología.
- Determinar el porcentaje del personal médico que realiza exploración ginecológica.
- Citar el porcentaje del personal médico que se apoya en auxiliares del diagnóstico para vaginitis infecciosa.
- Conocer el porcentaje del personal médico que otorga tratamiento específico, de acuerdo al diagnóstico clínico o bacteriológico realizado.
- Determinar el porcentaje del personal médico que otorga tratamiento a la pareja, en caso de que así se requiera.
- Reconocer el porcentaje del personal médico que informa acerca del tratamiento complementario de la vaginitis infecciosa, tales como las actividades médico-preventivas que deben realizarse.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS, del Distrito Federal, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar la frecuencia del personal médico que se apega a los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención.

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia. De 59 Médicos que laboran en UMF se analizaron 51 notas médicas obtenidas del expediente clínico electrónico, apegados a lo que nos marca la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud; mediante las cuales se evaluó de manera indirecta la actuación de 51 médicos ante las pacientes con cervicovaginitis; de ambos turnos, independientemente de si se trataba de Médico Familiar o General, de su antigüedad, edad o sexo; previa autorización mediante consentimiento informado, excluyendo al personal del área de enseñanza, administrativa y residentes.

Previo consentimiento informado (anexo 1), se revisaron 51 notas médicas obtenidas del expediente clínico electrónico las cuales fueron analizadas mediante la aplicación de un cuestionario diseñado ex profeso (anexo 2) con un total de 14 reactivos, de los cuales de la 1 a la 6 son para recabar datos generales y de la 7 a la 14 para obtener los datos de cada variable a estudiar; específicamente la pregunta No 7 encaminada al tipo de interrogatorio (suficiente/insuficiente), la No. 8 para valorar si realizó exploración ginecológica adecuada (si/no), de la 9-11 para evaluar si administro tratamiento farmacológico específico al diagnóstico clínico o bacteriológico realizado (si/no); la No. 12 evalúa el uso de auxiliares diagnósticos, la No. 13(si/no) referente a la realización de actividades complementarias y la No. 14 específicamente para determinar el tratamiento a la pareja (si/no).

Los datos obtenidos mediante los cuestionarios se recopilaron en una base de datos del programa, estadístico SPSS para el análisis descriptivo en donde se analizaron y obtuvieron frecuencias y porcentajes; con realización de tablas y gráficas para su interpretación.

No se utilizó ninguna fórmula de asociación ya que no es finalidad del estudio debido a que solo se evalúa la frecuencia de un evento.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, previo consentimiento informado.

RESULTADOS

Se estudiaron a un total de 51 médicos que laboran en la UMF No. 33 El Rosario, mediante la revisión de sus notas médicas, de los cuales 43 son Médicos Familiares (84.3%) y 8 son Médicos Generales (15.7%), del total 26 laboran durante el turno matutino (51%) y 25 en el turno vespertino (49%); se obtuvieron los siguientes resultados.

En las notas revisadas de acuerdo a la edad el grupo de representación con diagnóstico de cervicovaginitis que predominó fue el de mujeres de 25-29 y de 30-34 años de edad, (17.6 % para cada uno de los grupos), seguidos del grupo de 40-44 años de edad (15.7%), posteriormente de 20-24 y de 50-54 años de edad (13.7% para ambos grupos), seguido del grupo de 45-49 años de edad (11.8%), le sigue el grupo de 35-39 años de edad (7.8%) y finalmente el grupo de 15-19 años de edad (2%). (Tabla y gráfica No. 1)

Respecto a las variables de caracterización estudiadas de total de expedientes analizados (51 expedientes) solo 1 (2%) se apego a los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica 2009 y 50 (98%) no se apego a los criterios. (Tabla y gráfica No. 2)

En lo que se refiere al interrogatorio, del total de los médicos (51), 27 médicos (52.9%) realizaron una semiología suficiente y 24 médicos (47.1%) realizaron un interrogatorio insuficiente. (Tabla y gráfica No. 3)

En cuanto a la exploración ginecológica del total de notas médicas revisadas (51 notas), en 13 notas (25.5%) si se encuentra documentada adecuadamente y en 38 notas (74.5%) no se encuentra documentada. (Tabla y gráfica No. 4)

Del total (51 médicos) , 26 médicos (51%) no realizaron exploración a genitales externo y 25 médicos (49%) si la realizaron; la exploración armada solo se registro en 7 (13.7%) casos y no se registro en 44 (86.3%) de los casos; la exploración bimanual fue realizada por 10 (19.6%) sujetos y 41 (80.4%) no la realizaron. (Tablas y gráficas No. 5, 6 y 7)

El diagnóstico realizado por clínica corresponde a 43 médicos (84.3%) del total (51) y 8 médicos (15.7%) lo realizaron por bacteriología (Tabla y gráfica No. 8). Del total (51) solo 11 médicos (21.6%) realizaron el diagnóstico especificando la probable etiología:

bacteriana 5 (9.8%), mixta 4 (7.8%), candidiasica 1 (2%), trocomoniasica 1 (2%); y 40 (78.4%) no la especifica (tabla y gráfica No 9)

Solo 15 médicos (29.4%), del total (51) llego al diagnóstico tal como lo marca la GPC y 36 médicos (70.6%) no. (Tabla y gráfica No. 10)

De los 15 médicos (100%) que realizaron el diagnóstico apegado a la GPC 6 de ellos (40%) especificaron la probable etiología: bacteriana 3 (50%), mixta 2 (33.3%), tricomoniasica 1 (16.7%); y 9 (60%) no lo especificaron. Ninguno reporto cervicovaginitis candidiasica (Tablas y gráficas No.11 y 12)

De los 6 médicos que especificaron el diagnóstico etiológico solo 3 (50%) dieron tratamiento específico al diagnóstico emitido y 3 (50%) no dieron tratamiento específico. (Tabla y gráfica No.13)

Del total de Médicos 35 (68.6%) no utilizaron auxiliares diagnósticos; 16 (31.4%) de ellos si utilizaron auxiliares diagnósticos, de los cuales 11 (68.8%) fue la citología cervical, 2 (12.5%) cultivo y 3 (18.8%) ambos; ninguno utilizo algún otro tipo de estudio. (Tabla y gráfica No. 14 y 15).

Quienes administraron tratamiento complementario (actividades complementarias) fueron 11 médicos (26.6%) y 40 médicos (78.4%) no reporto este tipo de tratamiento. (Tabla y gráfica No. 16)

Resultados similares nos revela en tratamiento a la pareja independientemente de la etiología ya que del total 11 médicos (26.6%) si lo dieron y 40 médicos (78.4%) no, estas cifras no corresponden a los mismos médicos que dieron tratamiento complementario. (Tabla y gráfica No. 17)

Del total de los médicos que administraron tratamiento específico para el diagnóstico etiológico realizado 6 (100%), solo 1 (16.7) realizó un tratamiento adecuado, es decir, dio tratamiento específico al diagnóstico etiológico emitido, realizó actividades complementarias (tratamiento complementario) y dio tratamiento a la pareja; el resto 5 (83.3%) no lo realizo. (Tabla y gráfica No. 18) El médico que administro tratamiento adecuado fue el único que realizo el diagnóstico justificado por clínica (realizo una adecuada semiología y exploración ginecológica) y emitió la probable etiología; por lo que es el único que se apego a los criterios que marca la GPC para el diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención; el cual representa el 2% del total de los médicos estudiados (51). (Tabla y gráfica No. 2)

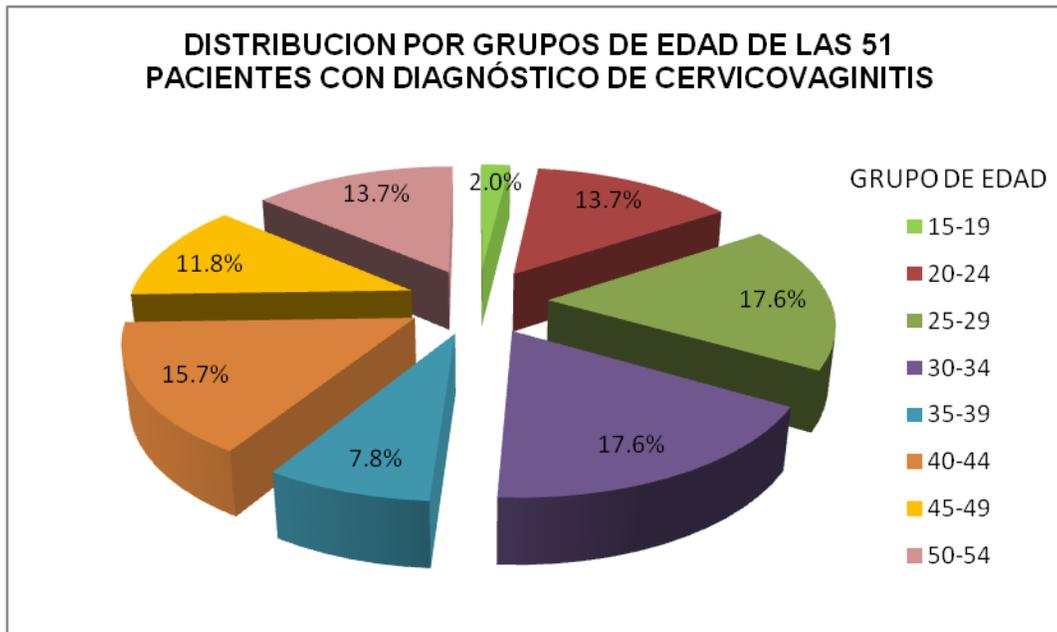
TABLAS Y GRÁFICAS.

TABLA No. 1 DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS 51 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CERVICOVAGINITIS.

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS 51 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CERVICOVAGINITIS.		
GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
15-19	1	2.0
20-24	7	13.7
25-29	9	17.6
30-34	9	17.6
35-39	4	7.8
40-44	8	15.7
45-49	6	11.8
50-54	7	13.7
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 1 DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LAS 51 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CERVICOVAGINITIS.



Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 2 PORCENTAJE DE MÉDICOS QUE SE APEGARON A LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

PORCENTAJE DE MEDICOS QUE SE APEGARON A LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA		
APEGO A GPC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	2%
NO	50	98%
TOTAL	51	100%

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 2 PORCENTAJE DE MÉDICOS QUE SE APEGARON A LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.



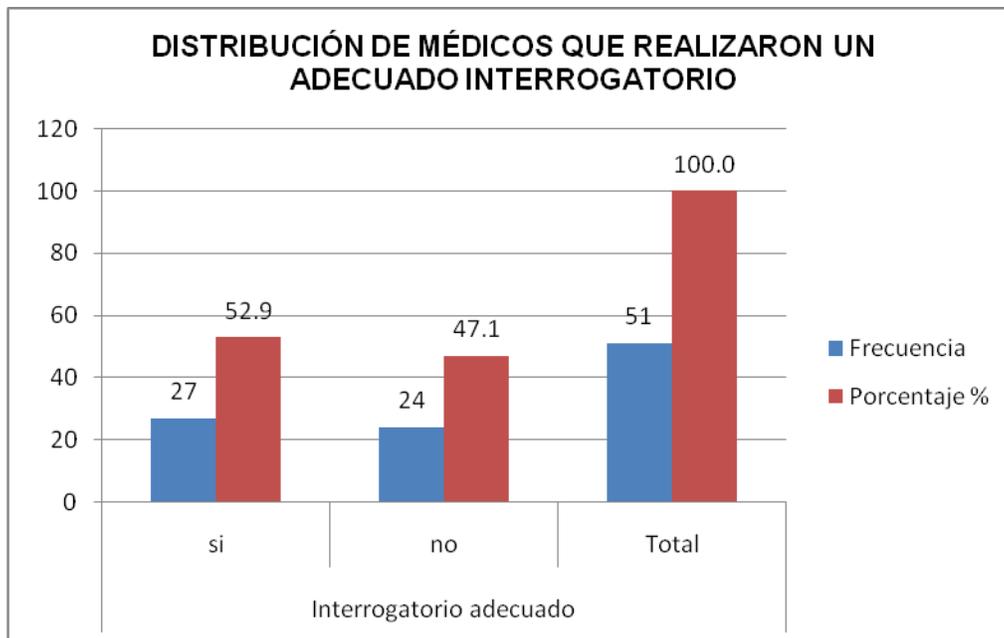
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 3 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON UN ADECUADO INTERROGATORIO.

DISTRIBUCION DE MÉDICOS QUE REALIZARON UN ADECUADO INTERROGATORIO		
INTERROGATORIO ADECUADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI	27	52.9
NO	24	47.1
TOTAL	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 3 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON UN ADECUADO INTERROGATORIO.



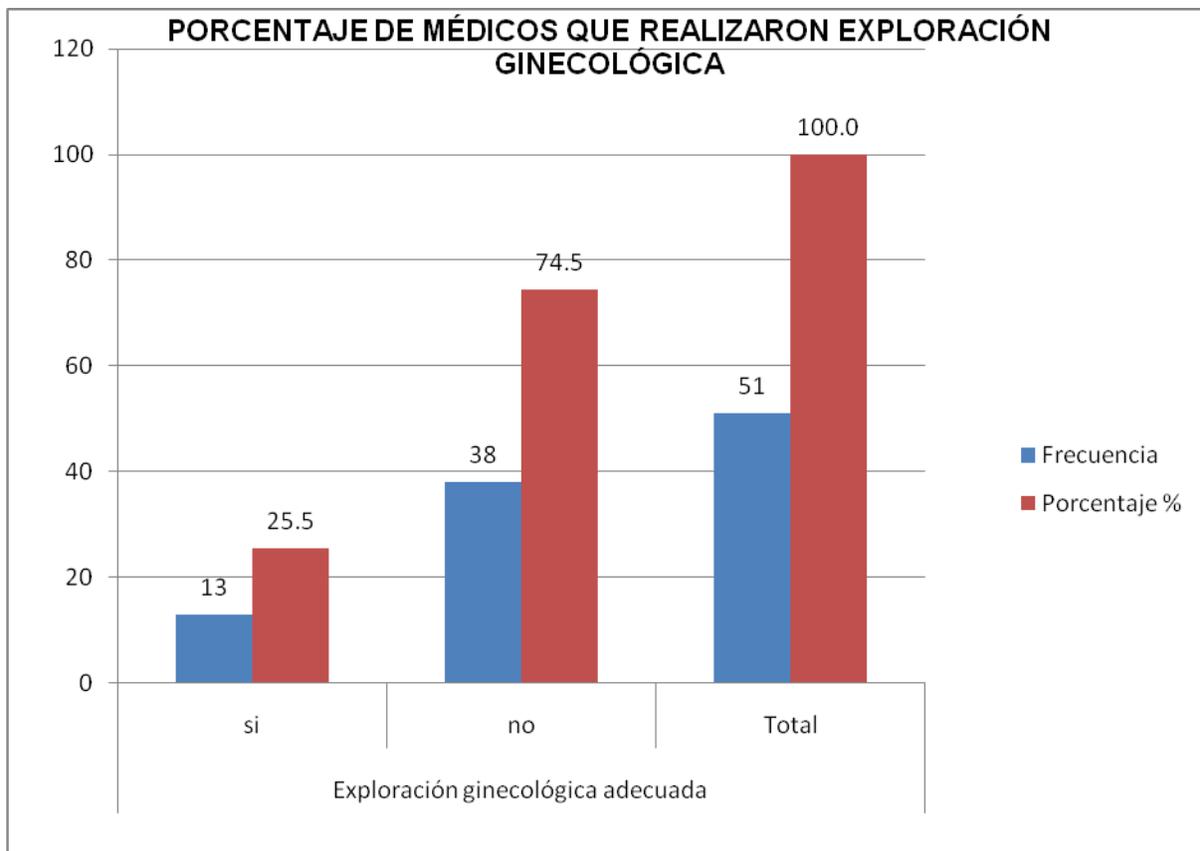
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 4 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA		
EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA	Frecuencia	Porcentaje %
si	13	25.5
no	38	74.5
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 4 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA.



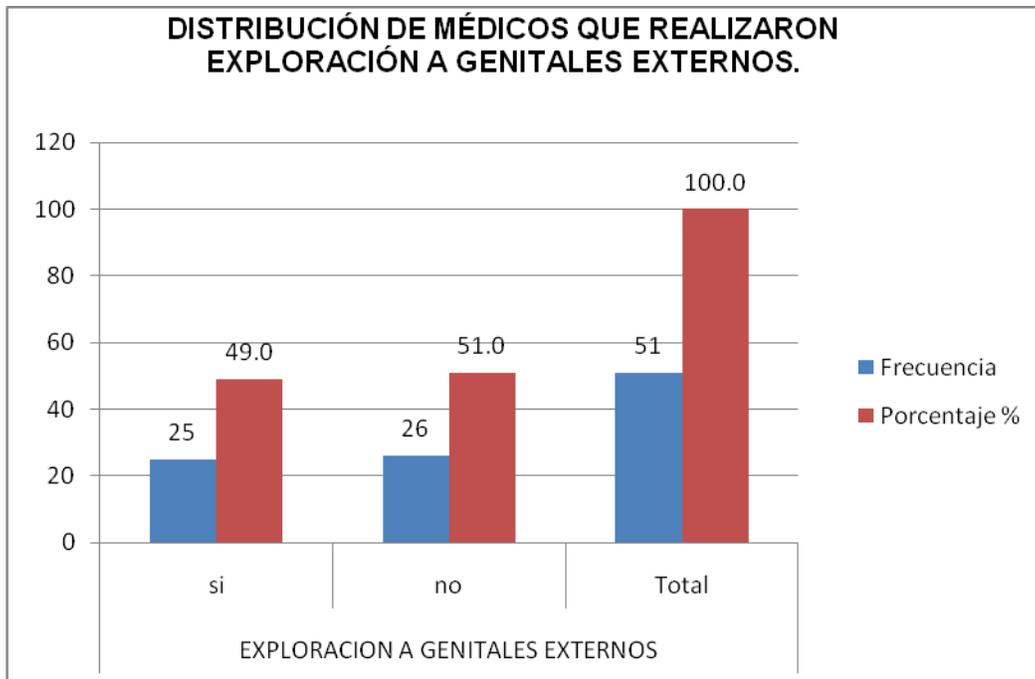
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 5 PORCENTAJE DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACION A GENITALES EXTERNOS

PORCENTAJE DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACION A GENITALES EXTERNOS.		
EXPLORACION A GENITALES EXTERNOS	Frecuencia	Porcentaje %
si	25	49.0
no	26	51.0
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 5 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN A GENITALES EXTERNOS.



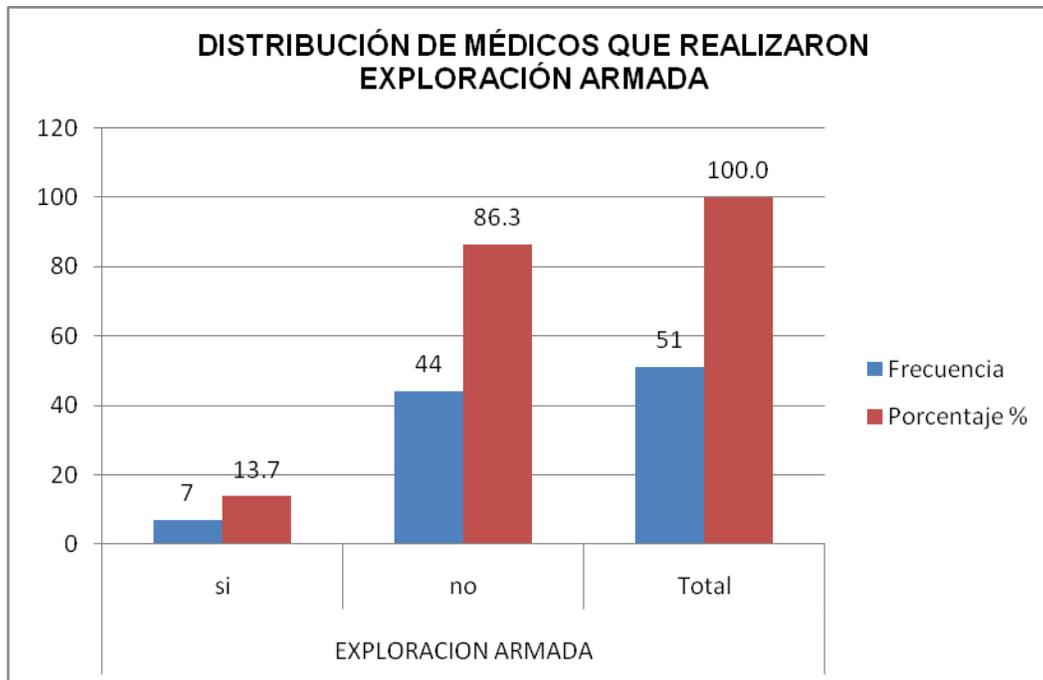
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 6 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN ARMADA.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN ARMADA		
EXPLORACION ARMADA	Frecuencia	Porcentaje %
si	7	13.7
no	44	86.3
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 6 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN ARMADA.



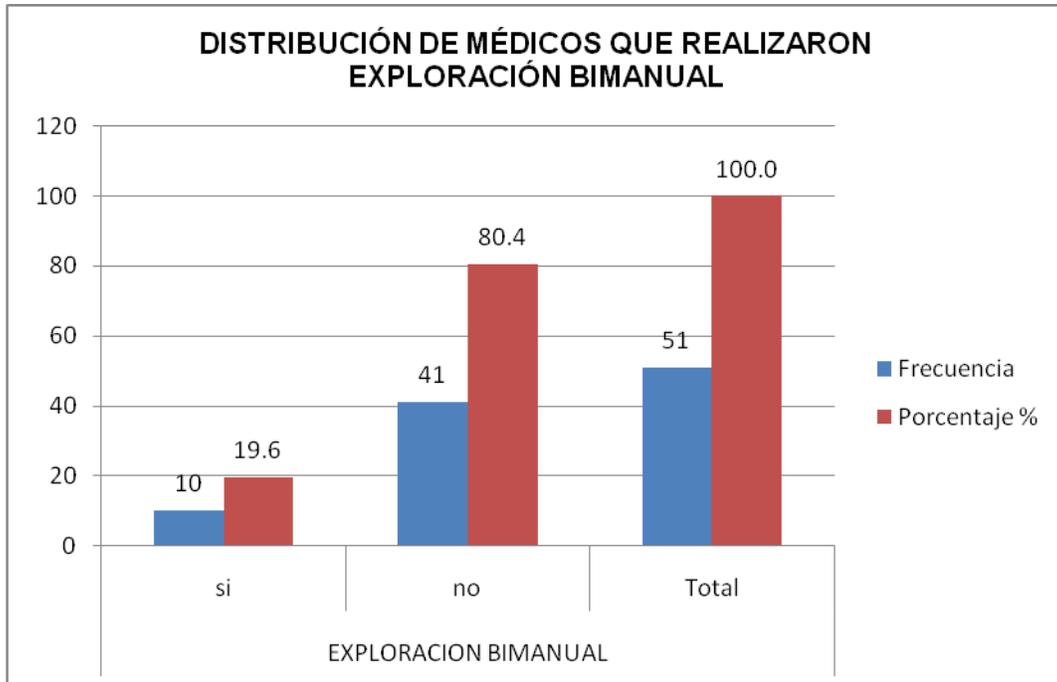
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 7 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN BIMANUAL.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN BIMANUAL		
EXPLORACION BIMANUAL	Frecuencia	Porcentaje %
si	10	19.6
no	41	80.4
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 7 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE REALIZARON EXPLORACIÓN BIMANUAL.



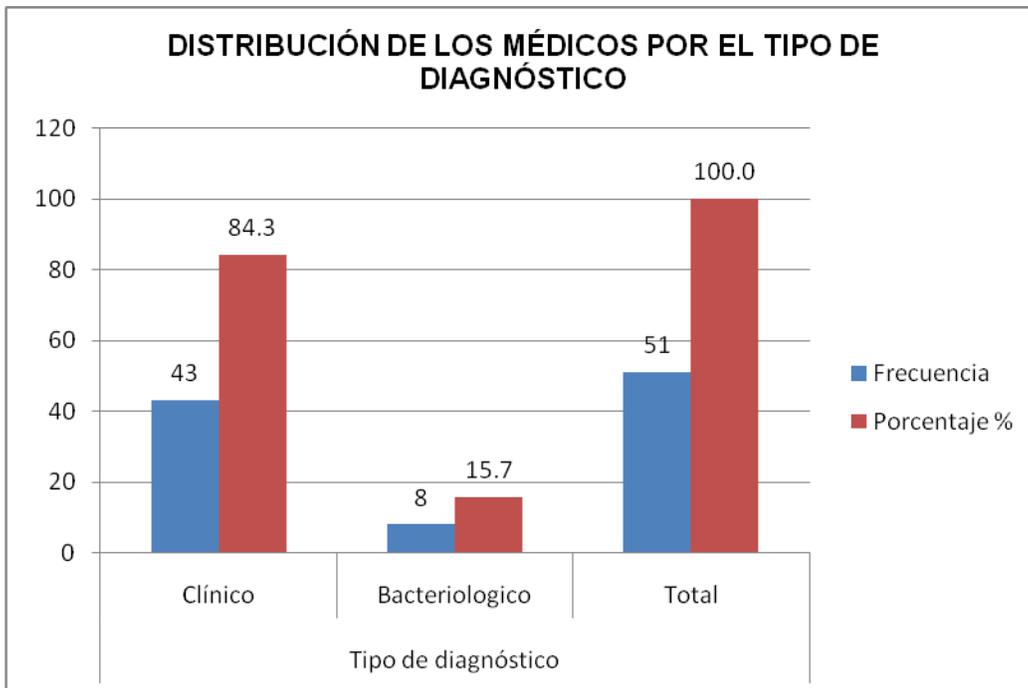
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR EL TIPO DE DIAGNÓSTICO.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR EL TIPO DE DIAGNÓSTICO		
TIPO DE DIAGNÓSTICO	Frecuencia	Porcentaje %
Clínico	43	84.3
Bacteriológico	8	15.7
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS POR EL TIPO DE DIAGNÓSTICO.



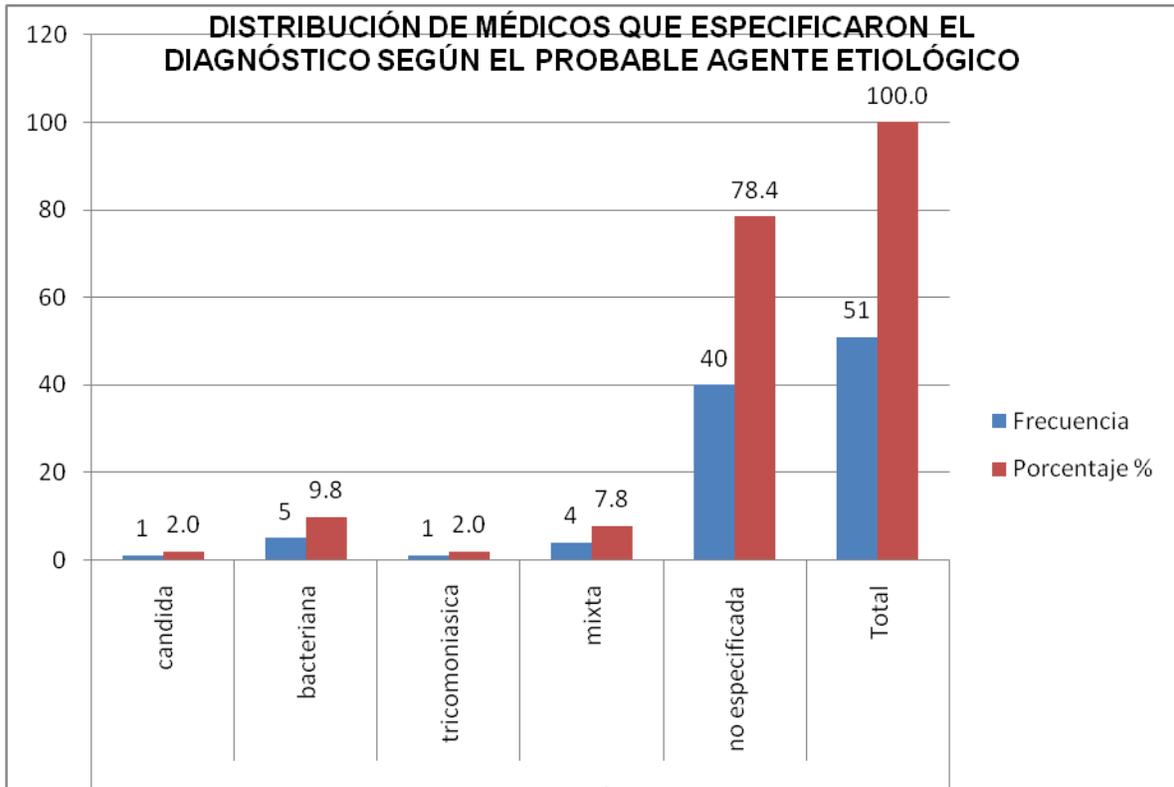
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 9 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO SEGÚN EL PROBABLE AGENTE ETIOLÓGICO.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO SEGÚN EL PROBABLE AGENTE ETIOLÓGICO		
TIPO DE DIAGNÓSTICO	Frecuencia	Porcentaje %
Candidiasica	1	2.0
Bacteriana	5	9.8
Tricomoniasica	1	2.0
Mixta	4	7.8
No especificada	40	78.4
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 9 TABLA No. 9 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO SEGÚN EL PROBABLE AGENTE ETIOLÓGICO.



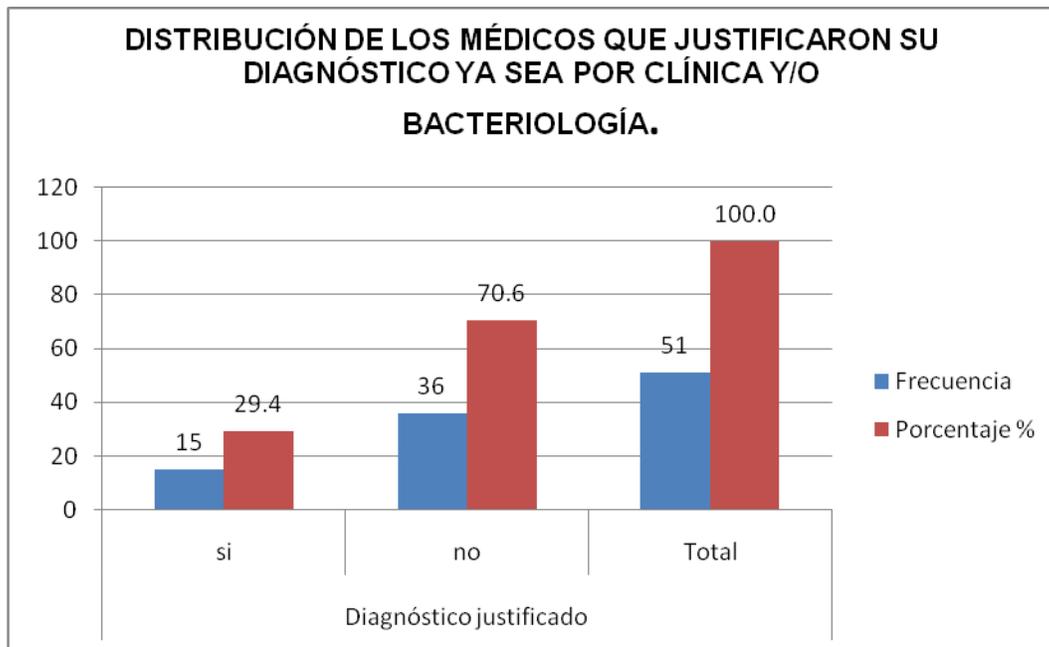
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 10 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE JUSTIFICARON SU DIAGNÓSTICO YA SEA POR CLINICA Y/O BACTERIOLOGIA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE JUSTIFICARON SU DIAGNÓSTICO YA SEA POR CLINICA Y/O BACTERIOLOGIA.		
DIAGNÓSTICO JUSTIFICADO	Frecuencia	Porcentaje %
si	15	29.4
no	36	70.6
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 10 DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE JUSTIFICARON SU DIAGNÓSTICO YA SEA POR CLINICA Y/O BACTERIOLOGIA.



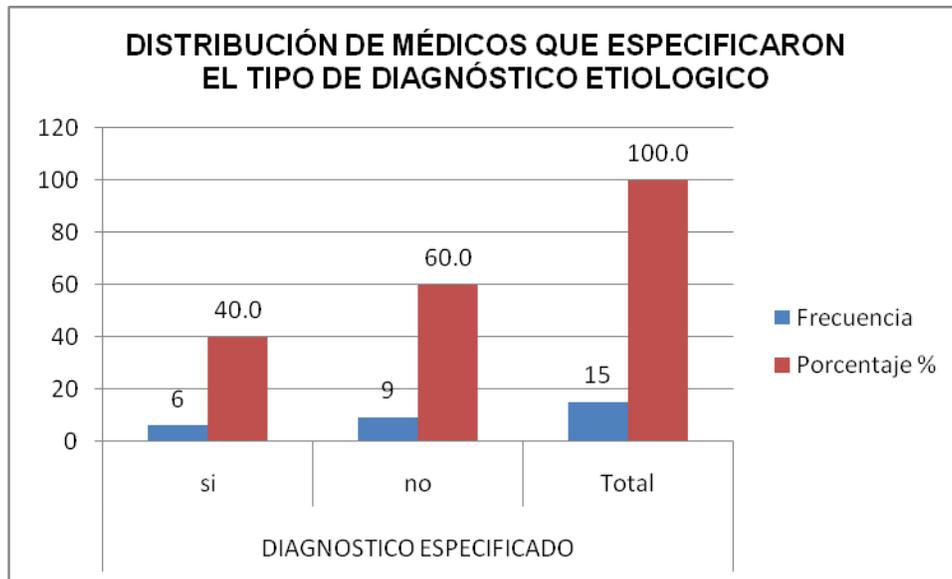
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 11 DISTRUBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.

DISTRUBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO		
DIAGNÓSTICO ESPECIFICO	Frecuencia	Porcentaje %
si	6	40.0
no	9	60.0
Total	15	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRAFICA No. 11 DISTRUBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.



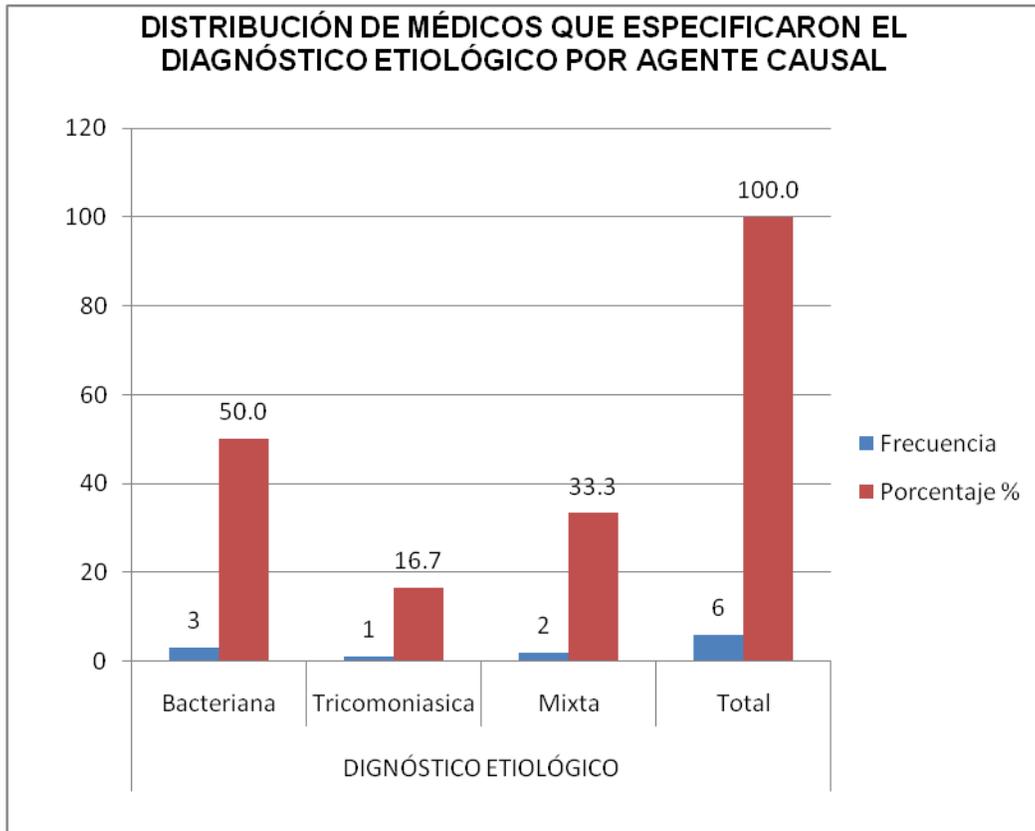
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 12 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO POR AGENTE CAUSAL.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO POR AGENTE CAUSAL		
DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	Frecuencia	Porcentaje %
Bacteriana	3	50.0
Tricomoniasica	1	16.7
Mixta	2	33.3
Total	6	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRAFICA No. 12 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ESPECIFICARON EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO POR AGENTE CAUSAL.



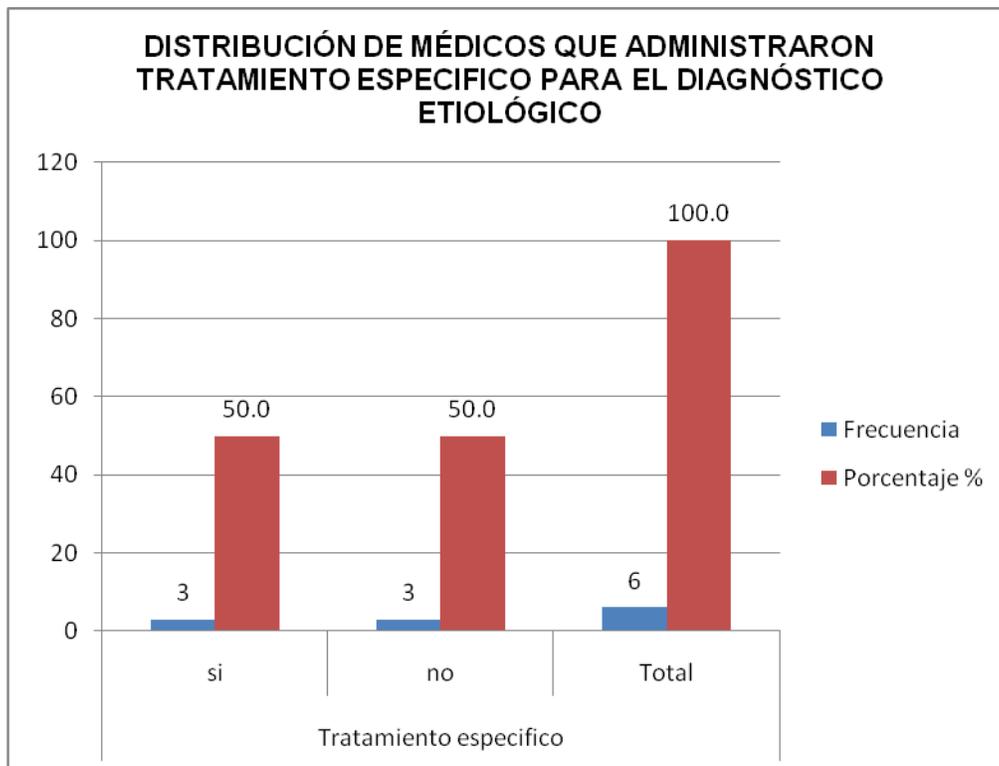
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 13 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO.		
TRATAMIENTO ESPECIFICO	Frecuencia	Porcentaje %
si	3	50.0
no	3	50.0
Total	6	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 13 DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO.



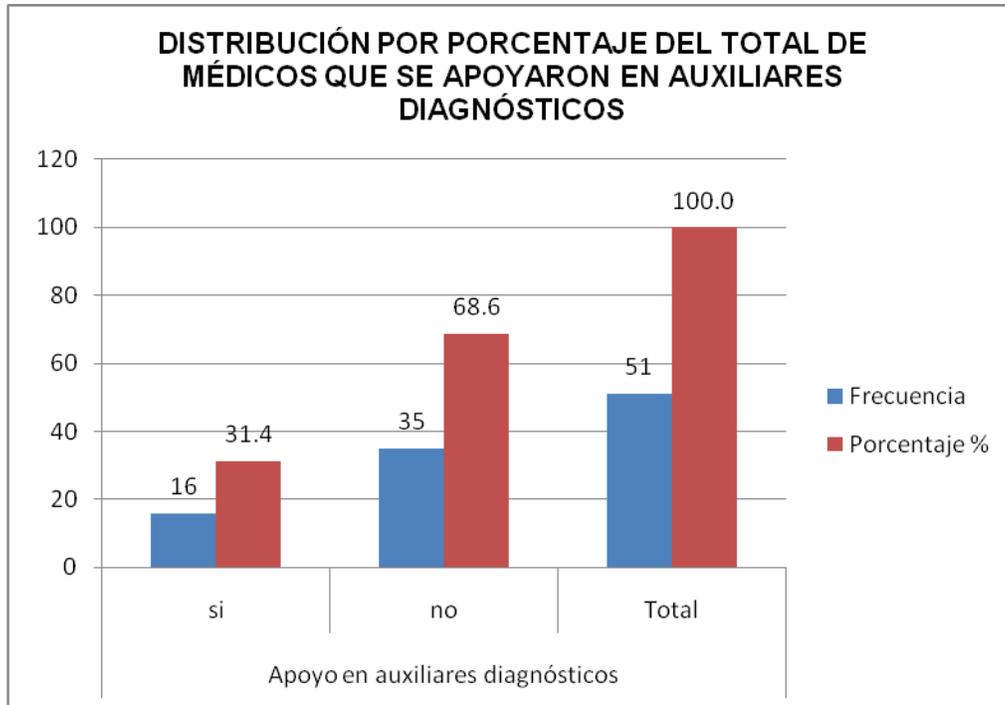
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 14 DISTRIBUCIÓN POR PORCENTAJE DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE SE APOYARON EN AUXILIARES DIAGNÓSTICOS.

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE SE APOYARON EN AUXILIARES DIAGNÓSTICOS.		
AUXILIARES DIAGNÓSTICOS	Frecuencia	Porcentaje %
si	16	31.4
no	35	68.6
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 14 DISTRIBUCIÓN POR PORCENTAJE DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE SE APOYARON EN AUXILIARES DIAGNÓSTICOS.



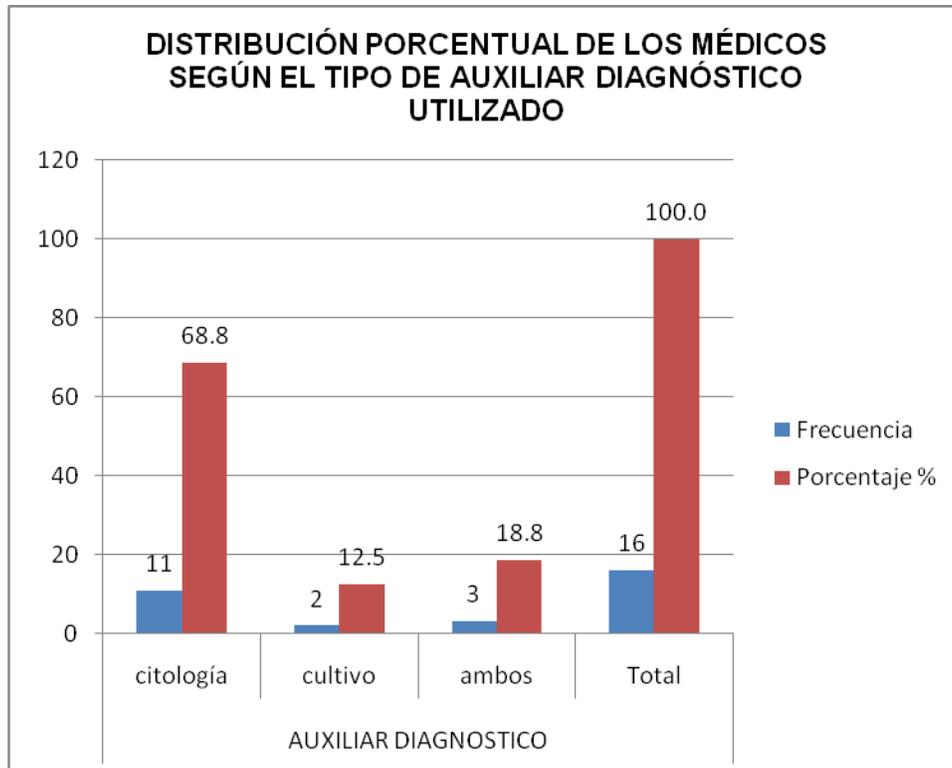
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS SEGÚN EL TIPO DE AUXILIAR DIAGNÓSTICO UTILIZADO.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS SEGÚN EL TIPO DE AUXILIAR DIAGNÓSTICO UTILIZADO		
TIPO DE AUXILIAR DX	Frecuencia	Porcentaje %
citología	11	68.8
cultivo	2	12.5
ambos	3	18.8
Total	16	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No.33.

GRÁFICA No. 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS SEGÚN EL TIPO DE AUXILIAR DIAGNÓSTICO UTILIZADO.



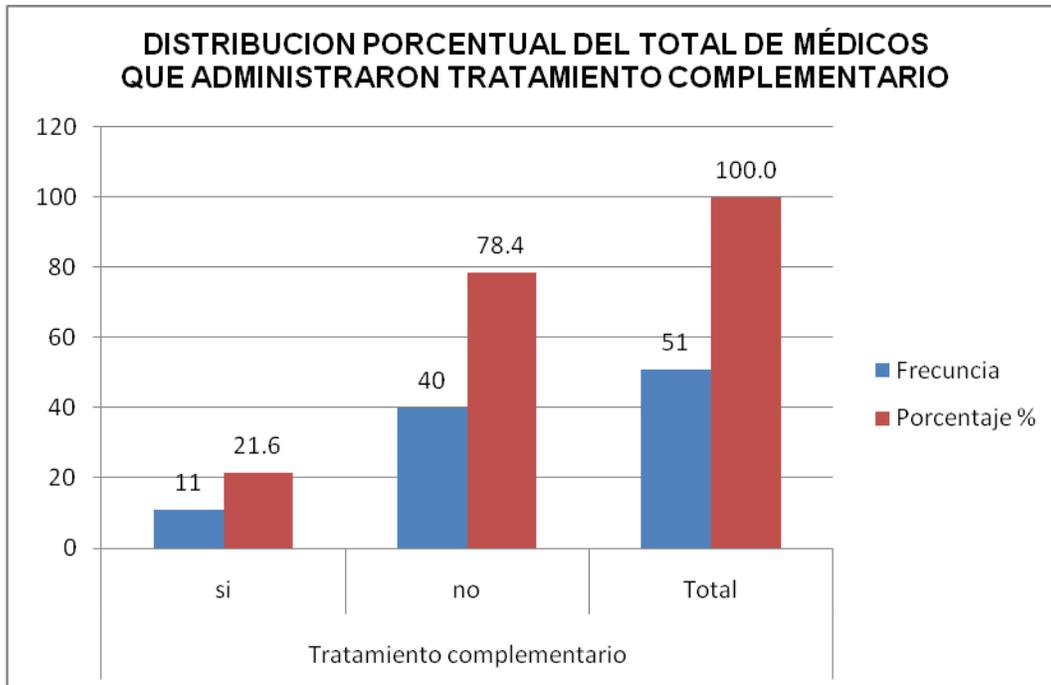
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO		
TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO	Frecuencia	Porcentaje %
si	11	21.6
no	40	78.4
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No. 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE ADMINISTRARON TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO.



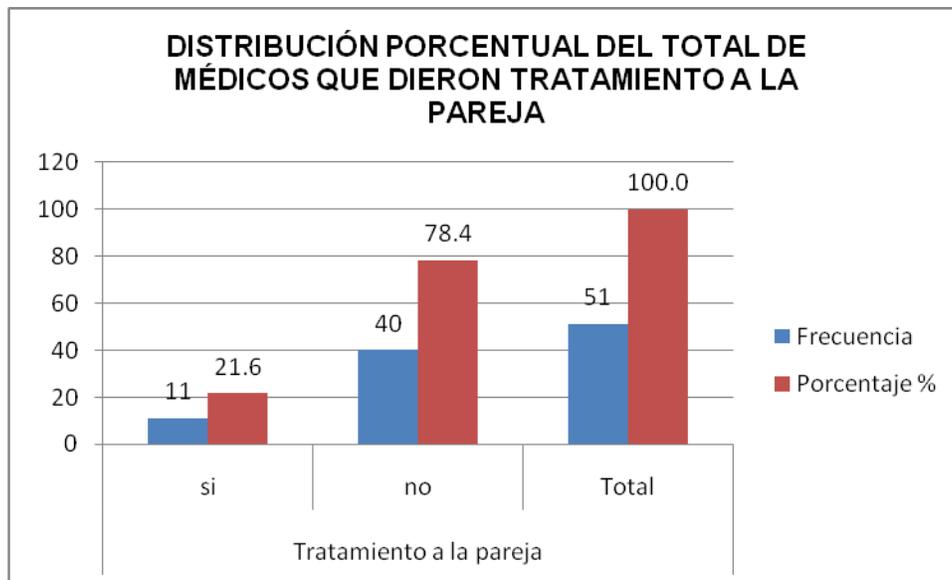
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE DIERON TRATAMIENTO A LA PAREJA.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE DIERON TRATAMIENTO A LA PAREJA.		
TRATAMIENTO A LA PAREJA	Frecuencia	Porcentaje %
si	11	21.6
no	40	78.4
Total	51	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRAFICA No. 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MÉDICOS QUE DIERON TRATAMIENTO A LA PAREJA.



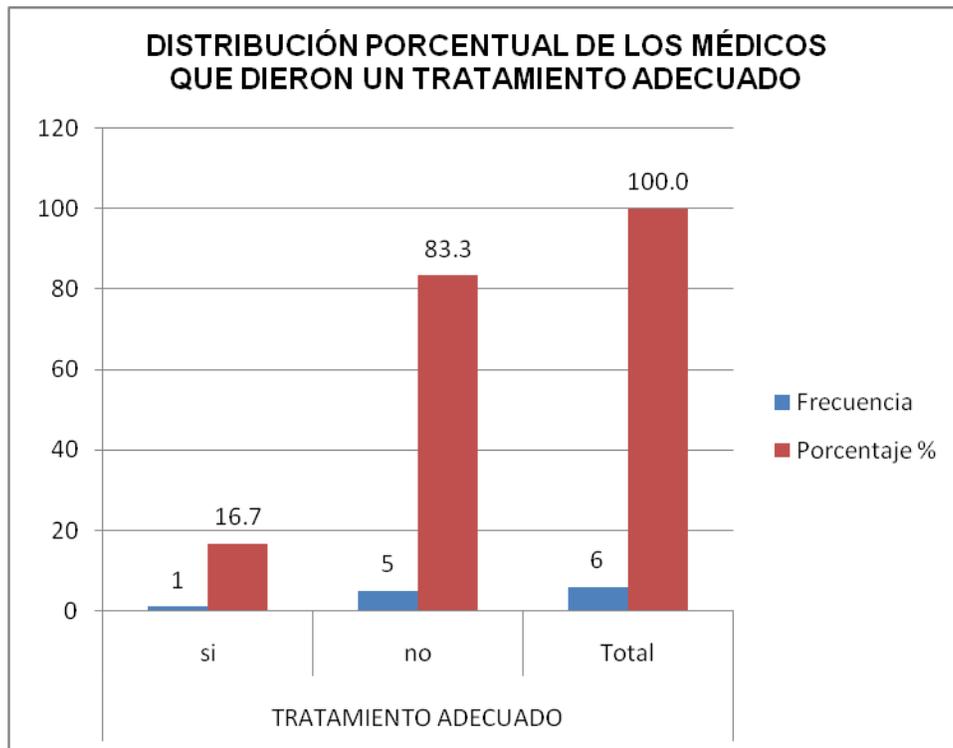
Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

TABLA No. 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS QUE DIERON UN TRATAMIENTO ADECUADO.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS QUE DIERON UN TRATAMIENTO ADECUADO		
TRATAMIENTO ADECUADO	Frecuencia	Porcentaje %
si	1	16.7
no	5	83.3
Total	6	100.0

Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

GRÁFICA No 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MÉDICOS QUE DIERON UN TRATAMIENTO ADECUADO.



Fuente: cuestionario aplicado a las notas del expediente clínico electrónico de la UMF No. 33.

DISCUSIÓN.

Las cervicovaginitis son una causa muy frecuente de consulta ginecológica en el primer nivel de atención y a pesar de su alta frecuencia se ha documentado que no tiene la importancia clínica ni epidemiológica que se merece, siendo subestimada y con ello mal manejo médico, volviéndose un problema crónico que aumenta las posibilidades de complicaciones en las mujeres que la portan, respaldado por la Guía de Práctica Clínica y diversos estudios realizados como lo que nos refiere Judy Y. Chen, M.D., MSHS, Haijun Tian, Ph.D., Richard H. Beigi, M.D., M.SC (2009) en su estudio “ Treatment Considerations for Bacterial Vaginosis and the Risk of Recurrence “ .

La presente investigación se enfoco a realizar un análisis acerca del apego a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Vaginitis Infecciosa en mujeres en edad reproductiva en el primer nivel de atención, por parte de los Médicos que laboran en la UMF No. 33 el Rosario. No existe literatura amplia acerca de este tema de investigación, ya que la mayoría se enfoca a definir la prevalencia principalmente.

Se utilizaron como referencia los criterios que maneja la GPC para realizar las revisiones de notas del expediente clínico electrónico, encontrándose que solo el 2% del total de médicos se apego a los criterios que marca la guía, resultado que no difiere tanto del estudio realizado por Martínez O. M, Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) realizado a los médicos de base de una UMF en Guanajuato, los cuales revelan que cerca del 80% no se apegaron a los criterios que marca la Norma oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica que de ella se derivan. Hay una diferencia significativa sin embargo la prevalencia es baja para ambos.

En cuanto al grupo de edad el más representativo fue de 25-29 y de 30-34 años de edad de las pacientes con cervicovaginitis con un 17.6%, resultado que no coincide con el estudio de Martínez O. M,, Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en el cual el grupo más representativo fue de 31-40 años con un 38.5%, seguidos del grupo de 21-30 años; sin embargo se observa que el rango de grupo de edad más representativos son similares (25-34 / 21-40 años).

Respecto a la semiología de los síntomas se encontró que en el 52.9% fue suficiente, resultado similar al de Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en el cual nos refiere que el 48.5% fue suficiente, siendo el flujo y sus características los registrados más frecuentemente.

La exploración ginecológica solo se llevo a cabo por el 25.5% del total de los médicos, comparado con el estudio de Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en donde solo se encontró en el 10.6%, siendo la exploración a genitales externos la más

frecuentemente realizada y la exploración armada la menos frecuente. Algunas de las justificaciones para no realizar exploración ginecológica, que aparecían en las notas, eran: no contar con asistente médico durante la consulta, que la paciente no lo permite y que no cuentan con el material necesario disponible para el procedimiento.

El diagnóstico se realizó en su mayoría por clínica ocupando el 84.3% del total de los médicos, pero solo el 29.4% del total llegó al diagnóstico tal como lo marca la GPC. El 21.6% (100%) realizó el diagnóstico especificando la probable etiología, encontrándose en este estudio a la cervicovaginitis bacteriana como la más frecuente con un 45.4% (9.8% del total), seguida de la cervicovaginitis mixta con 36.3% (7.8% del total), posteriormente la candidiasis y tricomoniasis con un 9% (2% del total) para cada una de ellas y el 78.4% no la especificó; relacionado con el estudio realizado por Hernández B. L. en la población del municipio de Asunción Ixtaltepec (2007) en donde se encontró que el 62.06% de las cervicovaginitis fueron de etiología bacteriana, y en un 4.82% candidiasis, sin mencionar las cervicovaginitis por tricomona ni mixtas; en otro estudio realizado por Hernández B. J, Vázquez A. A, Olguín R. C, Dumet I. P, Gutiérrez R. M, De Zordo D (2008) en mujeres latinoamericanas, encontraron que los médicos diagnosticaron cervicovaginitis mixta con una frecuencia mayor del 50%; resultados que no concuerdan con este estudio ya que se encontró con mayor frecuencia a la cervicovaginitis bacteriana, posteriormente mixta y por último candidiasis y tricomoniasis; por otro lado Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) reportó que el 79.3% no especificaron etiología, y de los que sí especificaron la de mayor frecuencia fue la bacteriana con un 9.3%, seguida de la candidiasis con un 6.2%, posteriormente tricomoniasis con un 4.8% y finalmente la mixta con un 0.4%.

Del total Médicos se encontró que solo el 31.4% se valió de auxiliares diagnósticos, independientemente del tipo de estudio solicitado, y el 68.6% no utilizó uso de los auxiliares diagnósticos, resultados similares nos reporta el estudio realizado por Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en una UMF del IMSS en Guanajuato donde encontró que el 26.9% de los médicos sí utilizaron auxiliares diagnóstico y el 73.1% no los utilizó. Siendo estos de suma importancia ya que como nos reporta Hernández B. J, Vázquez A. A, Olguín R. C, Dumet I. P, Gutiérrez R. M, De Zordo D. (2008) en un estudio realizado a 216 pacientes por un grupo de médicos mexicanos quienes realizaron un estudio de frotis y cultivo exudado vaginal, en el 75.9% se encontró flora patológica, de las cuales el 57.3% corresponde a monoinfección y 42.6% a mixta (polibacteriana en 65.7% y en combinación de bacterias y hongos en 34.2%) teniendo en cuenta que las cervicovaginitis pueden cursar asintomáticas y con altas probabilidades de hacerse un padecimiento crónico con las subsecuentes complicaciones que esto implica.

La frecuencia de los Médicos que dieron tratamiento específico al diagnóstico clínico o bacteriológico que hayan emitido solo fue del 11.8% del total, resultado que difiere de lo

encontrado por Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en donde la frecuencia del tratamiento específico fue del 25.1%, aun así ambos resultados nos hacen referencia a que fue la minoría.

En este estudio se observo que solo el 26.6% de los médicos realizo actividades complementarias (tratamiento complementario) y en el 78.4% no se encontró registro alguno de que se hubiera dado medidas complementarias; muy similares a los resultados encontrados por Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en donde el 24.7% si otorgo actividades complementarias y el 75.3% no las realizó.

En lo que respecta al tratamiento a la pareja, los resultados nos aportan cifras similares a las obtenidas en el tratamiento complementario, ya que el 26.6% del total de los médicos si dio tratamiento a la pareja, independientemente de la etiología; ya que la guía refiere que solo se administra tratamiento a la pareja cuando la etiología es por tricomonas, sin embargo hay que tener en cuenta que en el 40% no se especifica la probable etiología; resultado similar al que nos aporta Saldaña G. J, Sánchez H. M. (2007) en donde se observo que el 20.7% dio tratamiento a la pareja.

Todos los resultados anteriores se tomaron del total de los expedientes clínicos revisados, sin embargo de manera estricta y minuciosa , el presente estudio nos revela que, solo el 2% del total se apegaron a los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica, ya que del total (51) el 29.4% (15 médicos) realizo el diagnóstico de cervicovaginitis adecuadamente (con semiología y exploración ginecológica adecuada) de los cuales (15) el 40% (6 de ellos) especificaron la probable etiología, de los cuales solo el 50% (3 de los médicos) administro tratamiento específico al diagnóstico emitido, de los cuales el 33.3% (un médico) dio además el tratamiento complementario y a la pareja.

Hay que tener en cuenta también que la GPC limita un poco en cuanto al tratamiento farmacológico adecuado para una agente determinado, ya que en estudios recientes se ha observado mejor respuesta a esquemas de tratamiento farmacológico diferentes a los mencionados en dicha Guía, tal como lo revela el estudio realizado por Briseño H. H, (2012) en su artículo “Candidiasis Vulvovaginal Recurrente: Nuevos protocolos terapéuticos”.

No podemos dejar a un lado, por supuesto, que la sobrecarga de trabajo en los consultorios con respecto a el número de consultas otorgadas por el médico, es un factor inversamente proporcional a la calidad de la atención que se le brinda al paciente, lo cual no es objetivo de este estudio, pero que de cualquier modo es un contribuyente importante para que el personal que se encuentran laborando en esa área se vea presionado y limitado en su actuación médica.

CONCLUSIONES.

Se ha definido a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos y sigue siendo uno de los principales motivos de consulta en Medicina Familiar.

El apego de los médicos de la UMF No 33 El Rosario a los criterios que marca la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa, se presento en muy baja proporción, representando el 2%.

Se obtuvo que el 52.9% de los médicos realizaron una semiología suficiente, pero solo el 25.5% realizó la exploración ginecológica de manera adecuada, y el 31.4% utilizó algún auxiliar diagnóstico, lo que nos reduce a que tan solo el 29.4% del total realizaran el diagnóstico tal y como lo marca la Guía de Práctica Clínica.

En cuanto a la administración de tratamiento específico para el diagnóstico solo se reporto en el 11.8%, y administración de tratamiento complementario en el 26.6%, de igual manera para el tratamiento a la pareja independientemente de la etiología lo administro el 26.6%, cifra que no corresponde a los mismos sujetos que dieron tratamiento complementario; por lo que el tratamiento integral tal como lo marca la Guía de Práctica Clínica solo fue realizado por el 16.7% de estos.

Tomando en cuenta estos dos criterios, es decir, los que realizaron el diagnóstico tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica y que representa el 29.4% y el 16.7% que administro tratamiento integral; en conjunto solo el 2% dio tratamiento integral al diagnóstico realizado de manera justificada ya sea por clínica y/o bacteriología para el probable agente etiológico que menciono, ya que del 29.4% que realizo un adecuado diagnóstico solo el 40% especifico la probable etiología y de estos solo el 50% administro tratamiento específico.

Por lo tanto en este estudio se pudo observar que el apego a la GPC se llevo a cabo en muy baja frecuencia, tal como se estimaba desde el principio de la investigación.

SUGERENCIAS:

1. Crear estrategias en función a la difusión de las GPC para tener presentes los criterios de diagnóstico y tratamiento descritos en ellas con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las pacientes con cervicovaginitis.
2. Creas estrategias para evitar la sobrecarga de consultas en las UMF para brindar el tiempo necesario y suficiente para realizar todos los procedimientos establecidos en la GPC en las pacientes con cervicovaginitis.
3. Concientizar al personal médico, ya sea mediante la difusión de las complicaciones de esta patología para evitar su subestimación.
4. Proporcionar a tiempo y de manera suficiente el material requerido para los procedimientos que se tengan que realizar y contar con el personal de apoyo para la realización de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. González P. A, Ortiz Z. C, Mendoza D. R, Valencia G. M, Infecciones cervicovaginales más frecuentes, prevalencia y factores de riesgo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(2)
2. Uribarren B. T. Tricomoniasis urogenital, epidemiología, microbiología y parasitología. Sistema Único de Investigación y Vigilancia Epidemiológica, Universidad Nacional Autónoma de México 2010. berrueta@servidor.unam.mx . Oct. 2010.
3. Ducoing D. D, Trejo P. J, Hernández L. B, Carrasco R. J, Enfermedades infecciosas, Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, tricomona y candida, Revista Médica del IMSS, 2003; 41(1): 89-95.
4. IMSS, Guía de Práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en primer Nivel de Atención, 2009. <http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments>. Oct. 2010
5. Módulo de Apoyo a la Guía Práctica Integral (clínica-laboratorio) de “diagnóstico de vaginosis-vaginitis en la atención primaria de la mujer en edad fértil” Argentina actualización2010; 1-10. <http://www.fasgo.org.ar/archivos/trabajos/guía práctica2010>. Ene 2011.
6. Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Investigación y Vigilancia Epidemiológica 2010, semana 35. Oct. 2010.
7. Situación Epidemiológica, Infecciones de Transmisión Sexual, Sistema Único de Investigación y Vigilancia Epidemiológica, 2010. Oct. 2010.
8. Mc Cormack W. Vulvovaginitis and Cervicitis. En Principle and Practice Infectious Diseases. Mandell, Douglas & Bennet. 6th Ed. Elsevier Inc. 2005:1357-1372.
9. Arrieta-Pérez RT, Lona-Calixto B. Instrumento para medir aptitud clínica del Médico Familiar en cervicovaginitis. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2011; 49 (3): 307-09.
10. González-Pedraza A, Mota-Vázquez R, Ortiz-Zaragoza C, Ponce-Rosas RE. Factores de riesgo asociados a vaginosis bacteriana. Aten Primaria 2004; 34(7):360-365.

11. Vázquez-Benites E, et. al, La leucorrea y su significado clínico. Programa de Actualización Médica Continua para Médicos generales. Ginecología. Parte D libro 2, 2009: 19-24.
12. Martínez O. M, Saldaña G. J, Sánchez H. M. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Correlación con la Norma Oficial Mexicana, Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 45 (3): 249-254.
13. Pascual-Confesor T, et.al., Cervicovaginitis posterior a la aplicación del dispositivo intrauterino, experiencia en una unidad de Medicina Familiar, 2007;9 (3):133-136,
14. Epidemiología sobre mujeres en edad reproductiva. Área de Información Médica y Archivo Clínico, 2011 de la UMF No. 33 El Rosario, IMSS.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2003, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
16. Cabral S. J, Cruz P. C, Ramos A. U, Ruiz G, P. Atlas de Infecciones de Transmisión sexual, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. SSA Dirección Nacional de Epidemiología, México, diciembre 2006, pág. 11.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
18. Lesiones inflamatorias del cuello uterino, capítulo 9; 79-83, unidad de colposcopia. <http://screening.iarc.fr/doc>. Oct. 2010.
19. Constantino-casa P, Viniestra-Osorio A, Medécigo-Micete C, Torres Arreola LP, Valenzuela-Flores A. El potencial de las Guías de Práctica Clínica para mejorar la calidad de la atención. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2009; 47 (1): 103-108.
20. Judy Y. C, Haijun T. P, H. Beigi. M. Treatment Considerations for Bacterial Vaginosis and the Risk of Recurrence. Journal of women's health 2009; 12 (8): 1997-2004.
21. Briseño H. H. Candidiasis Vulvovaginal Recurrente: Nuevos protocolos terapéuticos. Archivos Médicos de Actualización en Tracto genital Inferior [AMATGI]; Abril 2012, año III, Vol. 6.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Lugar y fecha	UMF No. 33, Azcapotzalco, México D.F.
Por medio de la presente autorizo: que sea revisado una nota en el expediente electrónico.	
Y participe en el protocolo de investigación titulado: “Apego del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa según la Guía de Práctica Clínica 2009”.	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es: Conocer el porcentaje del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, que se apega a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa, según la Guía de práctica Clínica, diagnóstico y tratamiento de la vaginitis infecciosa en mujeres en edad reproductiva, en el primer nivel de atención. 2009.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: ser expectante.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
No presentará ningún riesgo sobre su estado de salud ni para su actuar médico.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.	
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.	
<hr/>	
Nombre y firma del Médico que acepta su participación.	
Dra. Concepción Vargas León, Médico Familiar	
Matricula 99374257	
<hr/>	
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.	
Testigos:	
<hr/>	
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:	
5382 5110 ext. 21424.	

ANEXO No. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO No. 2. CUESTIONARIO.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CUESTIONARIO PARA: Apego del personal médico de la UMF No. 33 El Rosario, a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de vaginitis infecciosa según la Guía de Práctica Clínica 2009

1. No. de encuesta: _____
2. No. De consultorio: _____
3. Médico Familiar () Médico general ()
4. Turno: _____
5. Diagnóstico registrado: _____
6. Edad de la paciente: _____ años.
7. ¿El Médico tratante interrogó y registró los signos y síntomas congruentes al diagnóstico emitido? SI () NO ()
¿Cuáles?
 - a) Flujo (cambio en la cantidad de secreción).
 - b) Color de la secreción.
 - c) Fetidez vaginal.
 - d) Prurito vulvar.
 - e) Irritación vulvar.
 - f) Ardor vaginal.
 - g) Dispareunia.
 - h) Disuria.
 - i) Localización de síntomas.
 - j) Duración de síntomas.
 - k) Relación con ciclo menstrual.

l) Historia sexual.

8. El médico tratante ¿realizo una adecuada exploración ginecológica, genitales externos, con espejo vaginal o bimanual? SI () NO ()

- a) Genitales externos.
- b) Colocación de espejo vaginal.
- c) Exploración bimanual.

9. El médico tratante emitió un diagnóstico:

- a) Clínico: realizo semiología de síntomas y exploración ginecológica adecuada.
- b) Bacteriológico: por resultado de citología cervical, cultivo de secreción vaginal.

10. El Médico tratante ¿especifico el diagnóstico emitido?

Si () No ()

- a) V. candidiasica.
- b) V. bacteriana.
- c) V. tricomoniasica.

11. El Médico tratante ¿administro tratamiento farmacológico específico para el diagnóstico clínico o bacteriológico realizado, señalando dosis, vía y periodicidad para la administración? SI () NO ()

- a) V. candidiásica: tópico u oral.
 - Nistatina.
 - Miconazol.
 - Ketoconazol.
 - Itraconazol.
 - fluconazol.

Especificaciones _____

- b) V. Bacteriana: tópico u oral.
 - Metronidazol.
 - Clindamicina.
 - Tinidazol.

Especificaciones _____

c) V. tricomoniásica: tópico u oral.

- Metronidazol.

Especificaciones _____

12. El Médico tratante ¿se apoyo de estudios auxiliares para realizar el diagnóstico médico? SI () NO ()

a) Citología cervical.

b) Cultivo de secreción vaginal.

c) Otro: _____

13. El médico tratante ¿dio tratamiento complementario, como actividades medico preventivas, a su paciente con diagnóstico de cervicovaginitis?

SI () NO ()

14. El médico tratante ¿administró tratamiento a la pareja, en caso de que así se requiriera? SI () NO ()