



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL U.M.F. No. 9
ACAPULCO, GUERRERO.**

**APLICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA EN
CERVICOVAGINITIS POR LOS MÉDICOS
FAMILIARES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 4. DE IGUALA, GUERRERO.**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. GUSTAVO SALGADO RESENDIZ

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2008



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.

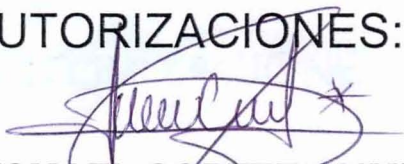
**APLICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA EN
CERVICOVAGINITIS POR LOS MÉDICOS FAMILIARES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 DE IGUALA,
GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

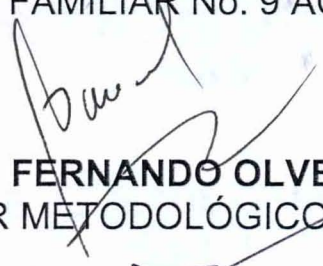
GUSTAVO SALGADO RESENDIZ

AUTORIZACIONES:



DR. ISMAEL CORTEZ JAIMES

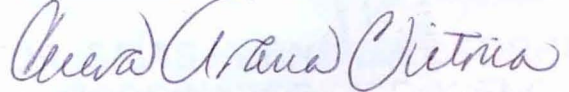
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.



DR. JESÚS FERNANDO OLVERA GUERRA
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



DR. VÍCTOR JESÚS GUERRERO MONTENEGRO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL
DE EDUCACIÓN EN SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2008.

**APLICACIÓN DE LA GUÍA CLINICA EN
CERVICOVAGINITIS POR LOS MÉDICOS FAMILIARES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 DE IGUALA,
GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUSTAVO SALGADO RESENDIZ

AUTORIZACIONES:

DR MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Felipe de Jesús García Pedroza
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Isaías Hernández Torres
DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Agradecimientos:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir cada día que pasa, gracias señor.....

A mi madre, donde quiera que este me cuida siempre, lo percibo mamá, gracias mi estrella, la más brillante del universo, se que estas a la derecha de dios padre, dios hijo y espíritu santo amén.

A mi padre, por darme la vida; gracias papá....

A mi amiga, ahora mi esposa amada por creer en mí, por su apoyo incondicional, por aguantar, por ser paciente, por ser amable, cariñosa, por su carácter y tenacidad, pero sobre todo porque te amo, te quiero, y por ser la madre de mis hijas que tanto quiero, Fran te amo no lo olvides nunca mi Reyna.

A mis hijas que esperaron sin conocerme, Aurea y Sarah: las amo con toda mi alma.

A mi suegra querida que está conmigo en las buenas y en las malas, gracias suegra que dios la conserve mucho más.

Gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de crecer aún más, a mis profesores de la residencia, Dra. Victoria Cueva A. Dr. Guerrero, Dr. Mario Robles. Siempre los recordaré.

Al personal de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 Iguala, Guerrero, por su gran apoyo para esta tesis.

A mis compañeros por su gran apoyo moral, económico, didáctico etc., Sandoval, Rojas, Ramírez y De los santos; gracias por ser mis amigos los quiero mucho, nunca los olvidaré.

Y... gracias a la vida, que me ha dado tantos sabores y sin sabores.

Dedicado a Dios.

Dedicado a mi esposa amada y a mis hijas.

A ti querido lector, espero poder otorgarte un conocimiento más.

DEDICATORIA:

Gracias a mi familia y a Dios quien siempre estuvo conmigo en todo momento de mi vida.

A mi esposa:

Por su apoyo que me proporciono para llegar a la meta, que nos propusimos ambos para poder ayudar a los demás.

A mis hijas:

Dios me ha dado los más grandes tesoros que puede esperar uno como padre.

A mis padres:

Por darme la vida, en especial a ti madre que siempre estarás conmigo y se que me estas cuidando desde donde estés en el más hermoso lugar que existe en el mundo. Los amo.

A mis compañeros:

Amigos les agradezco su amistad y apoyo durante estos 3 largos años que estuvimos juntos en cada momento de alegría y tristeza, pero siempre miramos hacia adelante con optimismo, los invito a continuar si claudicar.

Índice:

Contenido	No de pág.
1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	16
3. Justificación.....	19
4. Objetivo.....	21
4.1 Objetivo General.....	21
4.2 Hipótesis.....	21
5. Material y métodos.....	22
5.1 Tipo de estudio.....	22
5.2 Población lugar y tiempo de estudio.....	22
5.3 Tamaño de la muestra y tiempo de muestreo.....	22
5.4 Criterios de selección.....	23
5.5 Operacionalización de las variables.....	24
5.6 Método de recolección de datos.....	28
5.7 Análisis estadístico.....	30
5.8 Consideraciones éticas.....	31
6. Resultados.....	32
6.1 Descripción de los resultados.....	32
6.2 Tablas.....	35
7. Discusión.....	38
8. Conclusiones.....	43
9. Recomendaciones.....	43
10. Referencias.....	45
11. Anexos.....	50

RESUMEN:

Título: Aplicación de la Guía Clínica en Cervicovaginitis por los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero.

Objetivo: Evaluar la aplicación de la guía clínica en cervicovaginitis después del Curso del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero.

Diseño: Estudio transversal retrospectivo.

Material y métodos: Se obtuvieron 170 expedientes clínicos, de los cuales 85 expedientes fueron tomados del año 2004, fecha en la cual no existía ningún programa específico para la atención de la paciente con cervicovaginitis y otros 85 expedientes del año 2006 de los mismos Médicos, posterior a la capacitación del Proceso de Mejora de Medicina Familiar. Se utilizó la base de datos de los casos de cervicovaginitis de primera vez de los turnos matutino y vespertino, a través del sistema de información del archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el período de 1°enero al 31 de octubre de 2007. Se realizó una base de datos con el software SPSS versión 14.0 para Windows Vista, se codificaron las variables, se buscaron valores ilógicos, errores de transcripción, se obtuvieron frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión

Resultados: De los 170 expedientes clínicos los cuales se dividieron en dos grupos, 85 revisados con el formato F1MFCVG/2004 predominó en frecuencia por grupos de edad, el de 25 a 34 años con 34 casos (40.0%); 15 a 24 años con 20 (23.5%); de 35 a 44 años, 19 (22.4%); de 45 a 54, años 10 (11.8%); de 55 años únicamente 2 (2.4%). De los 85 expedientes revisados con el formato F1MFCVG/2006 el grupo etario que prevaleció fue de 25 a 34 años con 33 casos (38.8%); el grupo de 35 a 44 años con 17 (20%); de 45 a 54 años con 17 (20%); de 55 años 3 (3.5%). Aplicación de la guía clínica. Inicial (2004), *Gardnerella* si 14 (46.7%); no 16 (53.3%); *Candida* si 18 (60%); no 12 (40%); *Trichomona* si 15 (60%); no 10 (40%). Final (2006); *Gardnerella* si 18 (90%); no 2 (10%); *Candida* si 36 (90%); no 4 (10%); *Trichomona* si 23 (92%); no 2 (8%). En Tratamiento por etiología 2004, *Gardnerella* si 27 (90%); no 3 (10%); *Candida* si 25 (83.3%); no 5 (16.7%); *Trichomona* si 21 (84%); no 4 (16%), en el 2006 *Gardnerella* si 19 (95%); no 1 (5%); *Candida* si 39 (97.5%); no 1 (2.5%); *Trichomona* si 24 (96%); no 1 (4%). El registro del tratamiento a la pareja en Tricomoniasis, en el formato 2004, el registro del tratamiento se encontró en 18 casos (72%); no en 7 (28%). En el formato 2006, se registró tratamiento a la pareja en 24 casos (96%); no se registró el tratamiento 1 (4%). El resultado de la aplicación de la Guía Clínica en la cervicovaginitis Inicial (2004), *Gardnerella* si 11 (36.7%); no 19 (63.3%); *Candida* si 13 (43.3%); no 17 (56.7%); *Trichomona* si 4 (16%); no 21 (84%). Final (2006) *Gardnerella* si 17 (85%); no 3 (15%); *Candida* si 35 (87.5%); no 5 (12.5%); *Trichomona* si 21 (84%); no 4 (16 %).

Conclusiones: Se logró el objetivo de nuestro estudio, al encontrar un incremento en el registro de la revisión con espejo vaginal, tratamiento específico para *Gardnerella*, *Candida* y *Trichomona*, tratamiento a la pareja y aplicación de la Guía Clínica. Éste estudio aportó a la Unidad de Medicina Familiar información básica acerca de cómo el Médico Familiar se apega a los lineamientos específicos de la Guía Clínica en cervicovaginitis del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Palabras clave: Guía Clínica, cervicovaginitis, Médicos Familiares.

SUMMARY:

Title: Implementation Guide Cervicovaginitis Clinic in the Family Physicians of Family Medicine Unit No. 4. Of Iguala, Guerrero.

Purpose: To evaluate the implementation of the road map after clinical cervicovaginitis Course Process Improvement of Family Medicine, in the unity of Family Medicine No.4 of Iguala Guerrero.

Design: A retrospective cross-sectional study.

Materials and Methods: We obtained 170 clinical cases, of which 85 cases were taken in the year 2004, when there was no specific programme for the care of the patient with cervicovaginitis 85 and other records of the year 2006 from the same doctors, Post-training Process Improvement of Family Medicine. We used the database of cases of cervicovaginitis first time in morning and evening shifts, through the system file information clinical Unit Family Medicine. 4 of Iguala, Guerrero of the Mexican Social Security Institute. In the period from 1 January to October 31, 2007. We do a database with the software SPSS version 14.0 for Windows Vista, consolidated the variable values were sought illogical, transcription errors, frequencies were simple measures of central tendency and dispersion.

Results: Of the 170 clinical files which were divided into two groups, 85 with the revised format F1MFCVG/2004 prevailed in frequency by age group, from 25 to 34 years with 34 cases (40.0%), 15 to 24 years 20 (23.5%) of 35 to 44 years, 19 (22.4%) of 45 to 54 years 10 (11.8%); 55 years only 2 (2.4%). Of the 85 cases reviewed format F1MFCVG/2006 the age group that prevailed was 25 to 34 years with 33 cases (38.8%), the group of 35 to 44 years with 17 (20%) from 45 to 54 years 17 (20%); 55 years 3 (3.5%). The beginning of menarche was found a prevalence similar.

Implementation of clinical guidelines. Home (2004), if 14 Gardnerella (46.7%), not 16 (53.3%), Candida if 18 (60%), not 12 (40%); Trichomona if 15 (60%), not 10 (40%). Final (2006); Gardnerella if 18 (90%), not 2 (10%), Candida if 36 (90%), not 4 (10%); Trichomona if 23 (92%), not 2 (8%). Treatment etiology by 2004, if Gardnerella 27 (90%), not 3 (10%); if Candida 25 (83.3%), not 5 (16.7%); Trichomona if 21 (84%), not 4 (16%) in 2006 if Gardnerella 19 (95%), not 1 (5%); if Candida 39 (97.5%), not 1 (2.5%); Trichomona if 24 (96%), not 1 (4%). Record treatment to a partner Trichomoniasis, in the format 2004, the registration of the treatment was found in 18 cases (72%), not in 7 (28%). In the 2006 format, there were treating the couple in 24 cases (96%) were recorded treatment 1 (4%). The result of the implementation of the Guidelines on the Clinical cervicovaginitis Home (2004), Gardnerella if 11 (36.7%), not 19 (63.3%); Candida if 13 (43.3%), not 17 (56.7%); if Trichomona 4 (16%), not 21 (84%). Final (2006) Gardnerella if 17 (85%), not 3 (15%); if Candida 35 (87.5%), not 5 (12.5%); Trichomona if 21 (84%), not 4 (16%).

Conclusions: It achieved the goal of our study, to find an increase in the records of the review mirror with vaginal specific treatment for Gardnerella, Candida and Trichomona, treatment for the couple and implementation of the Clinical Guide. This study contributes to the unit Family Medicine basic information about the Family Medical adheres to the specific guidelines of the Guide cervicovaginitis Clinic at the Mexican Social Security Institute.

Keywords: Guidance Clinic, cervicovaginitis, Family Physicians.

1.- Marco teórico:

La Guía Clínica, propuesta por Lee y Jones (1993), constituye el prototipo para la adecuada atención médica. Los primeros lineamientos para realizar programas de registro con la intención de que estos se desarrollaran en forma masiva, fueron formulados en 1957 por la Comisión Federal de Enfermedades Crónicas de Chicago, Illinois, Estados Unidos de Norte América. En 1976 en Canadá se elaboró la guía clínica para el examen periódico de salud, cuya validación fue sistemática y comparte las características actualmente propuestas para dichos instrumentos.¹

Las Guías Clínicas (GC) se definen como enunciados, desarrollados, para asistir al médico y al paciente en la toma de las mejores decisiones sobre un problema sanitario concreto. Los objetivos de estas guías son reducir la variabilidad en la actuación médica, incorporar los resultados de la investigación a la práctica clínica y contribuir a gestionar el costo sanitario.^{1, 2, 3, 4, 5}

En la literatura médica son pocos los estudios que hacen referencia de la discordancia entre las recomendaciones de la guía y lo realizados en la práctica diaria por los médicos, un estudio de Endocarditis Infecciosa llevado a cabo en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada España, sobre el grado de discordancia entre lo recomendado por las guías clínicas y lo realizado en la práctica, demostró que el grado de discordancia fue del 30.5%, por lo que concluyeron que las recomendaciones de las guías clínicas se llevan a la práctica

en forma deficiente, lo cual influye en el desenlace de la enfermedad; sugiriendo que se debe aumentar el grado de concordancia teórico práctica con el fin de mejorar los cuidados globales que se dispensan a los pacientes que presentan esta grave esta grave enfermedad.⁶

La atención en el primer nivel constituye una prioridad institucional inaplazable, por lo cual se ha dado un fuerte impulso al Proceso de Mejora de Medicina Familiar, cuyo objetivo es otorgar atención integral a la salud, con calidad, atendiendo las necesidades de salud de la población, con la utilización optima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral.⁷

Actualmente en el IMSS existen 16 (GC) de los padecimientos más comunes, las cuales están dirigidas a los médicos del primer nivel con el principal objetivo de brindarles un instrumento con el cual otorguen atención médica de calidad a los derechohabientes.⁸

Se construyó una guía clínica sustentada en evidencia, con el objetivo de formular recomendaciones al Médico Familiar para la prevención, identificación y tratamiento de la cervicovaginitis. La evidencia fue seleccionada de las publicaciones registradas en Cochrane Library y en Medline en el periodo 1980 a 2002. La estructura de la guía presenta una secuencia de decisiones semejante a la que enfrenta el médico en su práctica cotidiana. En esta guía se destaca la importancia de combinar algunos elementos químicos y bacteriológicos accesibles

en el primer nivel de atención con el cuadro clínicos de cervicovaginitis, para el diagnóstico y tratamientos apropiados.⁹

El Proceso de Mejora de Medicina Familiar a nivel nacional incluye la capacitación del universo de médicos familiares desde agosto de 2003, hasta el año 2006, como una estrategia facilitadora del cambio organizacional. El objetivo es mejorar la calidad de la atención médica en la consulta externa de primer nivel y para ello promueve el cumplimiento de un programa de actualización en los 16 principales motivos del proceso salud-enfermedad que demanda la población derechohabiente. Los temas médicos se basan en una guía de práctica clínica, diseñada especialmente para este propósito, con enfoque de prevención, curación y rehabilitación. De las 397 Unidades de Medicina Familiar mayores a 5 consultorios, se ha concluido la capacitación en 254 Unidades de Medicina Familiar.^{27, 29} Los motivos de atención médica en que se actualizaron los Médicos Familiares estuvieron divididos en diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, *trichomonas* y *cándida*.^{7, 10}

La capacitación del Médico Familiar a nivel nacional estuvo a cargo principalmente de los Médicos no Familiares de la propia Institución, a quienes se les impartió un curso para prepararles como “asesores clínicos”, por medio de la modalidad educativa de “visita de profesor”. Participaron en los cursos 633 médicos profesores en 2003, 749 en 2004 y 781 en 2005. Los Médicos Familiares adscritos a consultorio de 397 Unidades de Medicina Familiar, actualizados en los doce padecimientos, mediante los Cursos I y II, fueron 10,131 lo que equivale al 77%

del universo. La población derechohabiente que estas Unidades atienden es de 24,009,060. Antes y después de cada curso se realizó una medición del desempeño médico, utilizando indicadores de cada tema, información que se obtuvo de 280,653 expedientes clínicos. El mejoramiento obtenido en el desempeño del médico en los doce principales motivos de consulta pasó de una basal de 67.2% a una final de 80.6%, lo que significa una mejora de 13.4 puntos porcentuales a nivel nacional. Al analizar por temas, observamos que la obtenida en el Curso I fue de 11.4 puntos porcentuales, mientras que en el Curso II el logro fue superior, 18.1 puntos porcentuales.¹⁰

Mediante este plan se contempla consolidar el Proceso de Mejora de Medicina Familiar, con acciones de mejoramiento a partir de los resultados obtenidos, en la consulta diaria del Médico Familiar y complementar la capacitación durante 2005 y 2006 de los médicos adscritos a 822 Unidades de Medicina Familiar de menos de cinco consultorios. La intención de esta guía del Proceso de Mejora Continua, es en este caso el tema de cervicovaginitis que se implementa en el año 2003, por medio del suplemento de la revista médica del IMSS, para proporcionar a los médicos familiares, una herramienta que permitiera enfocar sus conocimientos en cervicovaginitis^{11, 12}

En la cervicovaginitis se considera al ecosistema vaginal como un como un complejo sistema de microorganismos interactuando como factores del huésped, que mantienen ese equilibrio. La microflora endógena consiste en una variedad de bacterias aerobias facultativas y bacterias anaerobias

obligadas, estos organismos existen en relaciones comensales, sinergistas y antagonistas.¹³

La flora vaginal normal es un ecosistema dinámico que puede alterarse con facilidad. Las secreciones vaginales tienen una composición que incluye moco cervical, secreciones trasudadas a través de la pared vaginal y varía la cantidad con la edad, la fase del ciclo menstrual, la excitación y la actividad sexual, los contraceptivos, embarazos, frecuencia y estado emocional. Las secreciones vaginales normales se caracterizan por ser: claras o blancas, viscosas, homogéneas o algo floculentas con elementos aglutinados, pH ácido < 4.5, no fluyen durante el examen con espéculo, y sin neutrófilos polimorfonucleares (PMNs).¹⁴

Los flujos mucoides claros con algunos leucocitos y células epiteliales y un pH menor de 4.5, se consideran normales. Con frecuencia se confunde un flujo fisiológico con una cervicovaginitis.¹⁵

La vagina es corta y con pared delgada, lisa, tersa, rojiza y fácilmente se lesiona con traumatismos. El medio bioquímico carece de glucógeno y de lactobacilos, con pH neutro. Durante las primeras semanas de vida la mucosa vaginal es sometida a algunos casos, a la influencia hormonal materna y evoca algunas características puberales. Anatómicamente la región perianal esta muy próxima al introito vaginal facilitando la contaminación por técnicas higiénicas deficientes. En las mujeres prepúberes la patogénesis de las infecciones genitales varían

en relación con la edad y las diferentes condiciones biológicas durante el desarrollo.¹⁶

Debe hacerse distinción entre la vulvovaginitis pediátrica, juvenil y adulta, siendo que sus características epidemiológicas, fisopatológicas y etiológicas son muy diferentes. En la paciente prepúber los niveles de estrógenos disminuyen progresivamente hasta aproximadamente los 2 años de edad. Entre los 3 y hasta los 8 ó 9 años de edad los niveles estrogénicos alcanzan su nivel más bajo y el aspecto de los genitales externos es muy diferente al de la recién nacida o la adolescente. Los tejidos genitales son cada vez más atróficos. La vagina está constituida principalmente por epitelio cilíndrico y el pH es alcalino. La hemorragia genital no es un hallazgo normal a esta edad, ni la colonización por *Cándida*, debido a los bajos niveles estrogénicos, y en el caso de presentarse debe hacer sospechar patologías concomitantes como diabetes juvenil y estados de inmunosupresión. La cervicovaginitis es el principal motivo de consulta Ginecológica tanto en niñas prepúberes como en adolescentes alcanzando una frecuencia de más del 50%. Tiene mayor incidencia entre los 6 y los 9 años de edad. Lugones y Calzada encontraron este motivo de consulta en 71%.¹⁷

Una proporción importante de infecciones de los genitales de la mujer adulta es de transmisión sexual y ocasionan secuelas de alto costo social y económico, como la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, la esterilidad de origen tubario y el cáncer cervicouterino.¹⁸

La inflamación de la vagina y la presencia del flujo vaginal representan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a la clínica de primer contacto y a los servicios de Ginecología en los Estados Unidos de Norteamérica.^{9, 19}

Datos recientes revelan que la incidencia anual de infecciones es aproximadamente 170 millones de nuevos casos en todo el mundo, afectando principalmente a la población de 20 a 50 años, en especial a mujeres con múltiples parejas sexuales. En Estados Unidos de Norteamérica, más de 8 millones de casos se reportan anualmente con una tasa estimada de casos asintomáticos cercana a 50%.^{20, 21}

La vaginitis durante el embarazo se asocia con incremento en la frecuencia del parto prematuro secundario a ruptura prematura de membranas corioamnióticas, tiene una influencia directa e importante en la morbilidad materna y perinatal.^{18, 22, 23}

Las infecciones vaginales inespecíficas son más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, y las mujeres con menor número de gestaciones, presentan mayores aislamientos de gérmenes causantes de infecciones vaginales.²⁴

En el IMSS ésta entidad clínica se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención de las Unidades de Medicina Familiar.^{9, 18}

La vaginosis es un síndrome clínico resultado de la sustitución de la flora vaginal normal de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas *Prevotella sp.*, *Mobiluncus sp.*, *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. Esta condición se considera la causa más frecuente de descarga vaginal y mal olor, sin embargo la mitad de las mujeres en las que se encuentran criterios clínicos de la entidad se mantienen asintomáticas.¹⁴

Esta entidad es universal aunque antes era ignorada por la comunidad médica o considerada como una molestia menor para las mujeres. Además de los muchos problemas emocionales y físicos relacionados con la vaginosis, la pérdida económica que ha ocasionado es de proporciones relevantes. Dicha entidad afecta tanto a las mujeres de países industrializados como a la población femenina de países en vías de desarrollo. No se refieren diferencias en relación con origen étnico y razas.²⁵

Es una infección diagnosticable entre el 5 % y el 15 % de las mujeres que acuden a las consultas de Ginecología, y en el 33 % de las mujeres en edad reproductiva que padecen de vulvovaginitis. Con excepción se observa en la primera y segunda infancia.¹⁴

La vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis* es una de las infecciones del tracto genital más común y responsable de aproximadamente la tercera parte de todos los casos en mujeres en edad reproductiva; ocurre entre el 35%-50%⁵, está

caracterizada por una secreción vaginal homogénea, grisácea lechosa, olor característico a pescado, pH vaginal mayor de 4.7, prueba de aminas positiva y células indicadoras (células guía).^{9, 19, 20}

Así *Gardnerella vaginalis* se considera una bacteria oportunista de baja patogenicidad, ya que se ha aislado como colonizadora del epitelio vaginal, sin provocar sintomatología aparente, además se han determinado algunos factores tanto locales como sistémicos que favorecen su desarrollo en este epitelio. Tales factores han sido entre otros: antibioticoterapia, uso de anticonceptivos, inmunosupresores, ausencia de relaciones sexuales, o bien infecciones primarias debidas a otros gérmenes como *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, *Cándida sp* y virus del Herpes.²⁴

La vaginosis es una infección vaginal que ahora se reconoce como un factor de riesgo con serias complicaciones pélvicas y obstétricas que incluye; ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, pérdida fetal, endometriosis posparto e infección de vías urinarias.^{7, 26}

Dentro del IMSS su prevalencia real se desconoce debido a que estas condiciones son asintomáticas.⁹

Amsel y cols., en 1983 establecieron algunos criterios para efectuar el diagnóstico clínico en base a las manifestaciones que las pacientes presentan:

1. Presencia de fluido transvaginal, homogéneo, grisáceo.

2. Prueba de liberación de aminas positivas. Ésta se lleva a cabo al mezclar la secreción con algunas gotas de hidróxido de potasio al 10%; al alcalinizar el medio se liberan aminas y ácidos, lo cual le da un olor típico a "pescado".

3. Presencia de células guía en el examen en fresco. Esto se detecta diluyendo la secreción en 1 ml de solución salina y se observa al microscopio a 40x.

4. El pH vaginal de 4.5 a 4.7

Si se reúnen tres de los cuatro criterios anteriormente enunciados, se puede hacer el diagnóstico clínico de vaginosis bacteriana.^{9, 20}

Clínicamente existe leucorrea en escasa cantidad, blanquecina, grisácea o amarillenta, fétida y la paciente refiere molestias vaginales o las presenta muy discretas como ardor y prurito. La observación con espejo vaginal confirma las características de la leucorrea y no se identifican cambios inflamatorios o se aprecia una hiperemia exocervical y vaginal muy leve, frecuentemente hay historia de cronicidad.^{4, 18, 27}

Durante el ciclo menstrual y después de la relación sexual, puede haber variaciones de los signos y síntomas que la paciente presente, incrementándose el olor durante la menstruación. Las características del fluido vaginal también se pueden modificar por las variaciones progesteronales que darían la apariencia de la resolución espontánea del padecimiento; es por eso que es obligatorio realizar los criterios de Amsel para llegar al diagnóstico.^{4, 9, 20, 26}

Mendoza A. en sus conclusiones obtenidas en la Unidad de Medicina Familiar Número 28 “Gabriel Mancera del IMSS D.F., nos dice que: la estrecha asociación entre *Gardnerella vaginalis* y las bacterias anaeróbicas, provocan confusión en el diagnóstico de las vaginosis causadas por este germen.²⁴

La vaginosis bacteriana causada por *Gardnerella vaginalis* es tratada con metronidazol, las dosis varían de 800 a 1200 mg/día y otros autores proponen la ingesta de una sola dosis de 2 g. Se han hecho estudios comparativos de 2 g versus 800-1200 mg/día durante siete días y las dosis únicas de 2 g no han resultado ser muy efectivas en este padecimiento, pues fácilmente se presentan recurrencias. De acuerdo a la Guía Clínica del IMSS se ha utilizado el metronidazol por vía oral en dosis de 500 miligramos cada 12 horas durante siete días, con una tasa de curación de 80% al 90%. Los óvulos o tabletas intravaginales aplicadas por siete días, han sido otra de las alternativas de la administración de metronidazol; la eficiencia reportada es de 71 a 90%. Por lo que es considerado el fármaco más efectivo al no alterar la flora normal ni los lactobacilos, permitiendo su regeneración durante la terapia, recobrando el equilibrio y controlándose el pH de la vagina.^{9, 21, 26, 28}

La vaginitis candidiásica: es producida por *Candida albicans*.^{13, 19} Presenta la siguiente sintomatología: secreción vaginal anormal varía de una secreción blanca ligeramente acuosa a un flujo blanco espeso y abundante (de aspecto similar al requesón), ardor y prurito en los labios, y en la vagina enrojecimiento y/o

inflamación de la piel de la vulva, relaciones sexuales dolorosas y micción dolorosa.^{18, 19, 29}

La inspección vaginal con espejo muestra leucorrea escasa, blanca, espesa, de aspecto cremoso, adherente al epitelio vaginal y exocervical los cuales se encuentran hiperémicos. Frecuentemente hay signos de rascado vulvar. Los datos mencionados son altamente sugestivos de infección por *Candida albicans* y obligan a investigar factores propiciadores como embarazo, uso reciente de antibióticos de amplio espectro o de corticosteroides. La candidosis vulvovaginal en ocasiones es manifestación de diabetes clínica o subclínica, lo que favorece la resistencia al tratamiento o las recaídas.¹⁸

La candidiasis ocupa entre el primero y segundo lugar de las causas más frecuentes de infección genital en un 20%-40% en el mundo.²⁶ En México, la Dirección General de Epidemiología reportó en 1996: 17,821 casos y en 1997: 18,001 casos notificados. En el transcurso del tiempo se han ensayado múltiples fórmulas antimicóticas, que han tenido éxito en la curación de problemas agudos, pero han sido insuficientes en la resolución de la enfermedad crónica. Esto ha sido una interrogante a resolver, sobre todo cuando se sabe que la paciente no cursa con alguna inmunodeficiencia, y entre ellas la inducida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), o a trastornos endocrinos como la diabetes mellitus; lo que sí es obvio es que esta patología interfiere de manera importante en la vida sexual de la pareja y en las actividades diarias que desarrolla la mujer.²⁵

El diagnóstico diferencial del agente causal se puede lograr habitualmente mediante frotis y cultivo del exudado cérvicovaginal, es frecuente que se observen esporas o micelios en el frotis, así como el desarrollo de las colonias características en el cultivo.¹⁸

El papanicolaou es una técnica citológica utilizada ampliamente en nuestro país para la pesquisa de cáncer cérvico-uterino, en las muestras obtenidas para este efecto es posible observar también la presencia de microorganismos como la *Cándida albicans*.³⁰

La vaginitis candidiásica se trata en forma tópica con ketoconazol, miconazol, clotrimazol o nistatina. Los azoles son más eficaces que la nistatina y alivian los síntomas en un 80 a 90% de las pacientes. Los tratamientos de una sola dosis están restringidos a los episodios leves no complicados y es preferible emplear esquemas de tres a siete días.^{9, 15, 26, 31}

La vaginitis tricomoníásica se produce por la infección con un protozoo flagelado, la *Trichomonas vaginalis*. Ocurre en 10% a 20% de todos los casos.^{19, 26}

Tiene una manifestación muy florida como es la presencia de leucorrea muy fétida acompañada de prurito y ardor, aunque se ha reportado en la literatura la posibilidad de que la paciente se encuentre asintomática hasta en un 50% de los casos, al igual que su compañero, cuando se presentan los síntomas puede haber eritema vulvar o en glande con secreción transuretral en el hombre y en la mujer

secreción vaginal acompañada de burbujas que le da una apariencia espumosa, de color amarillo verdoso.^{18, 25, 29}

En ocasiones existe también disuria terminal. En la exploración vaginal, además de la leucorrea con las características descritas, la superficie vaginal y del exocérnix se encuentran intensamente hiperémicos y con puntilleo hemorrágico. Frecuentemente existe inflamación e hiperemia vulvares, especialmente de labios mayores.¹⁸

La tricomoniasis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo.²⁷ En vaginitis por *Candida* y/o *Trichomonas*, la presencia de *Trichomonas* móviles, hifas, micelios o esporas permite el diagnóstico de 50% a 70% de los casos; su ausencia elimina estas etiologías en más de 90% de las mujeres.^{9, 31}

Para el tratamiento de tricomoniasis en mujeres, el metronidazol ha demostrado ser el fármaco de elección; su efectividad es de 90%, incluso con esquemas de tratamiento de 2 gramos en una sola dosis. El aumento de la intolerancia gástrica, hace preferir el tratamiento con 500 miligramos dos veces al día por 7 días. El tratamiento por vía bucal para ésta entidad infecciosa también es superior al vaginal. Se recomienda tratar simultáneamente a la pareja sexual. Como tratamiento de segunda elección metronidazol 500 miligramos cada 24 horas vía vaginal, durante 7 días.^{9, 18, 25}

El diagnóstico de vaginitis inespecífica se intuye clínicamente y para llegar al agente etiológico es necesario aislarlo y de esta manera establecer el diagnóstico específico. En general la vaginitis inespecífica se manifiesta con leucorrea y el eritema son signos prevalentes reportados en 62% a 92% y 30% a 82% de los casos respectivamente dependiendo de su etiología y la sintomatología, el tratamiento es variable.¹⁷

Habitualmente basta con la preparación en fresco del exudado vaginal para observar las imágenes características de las tricomonas y confirmar el diagnóstico.¹⁸

Las alternativas de estudio propuestas se sustentan en la disponibilidad del examen en fresco, lo cual está en función de la disponibilidad del laboratorio.⁹

La asociación de protozoos, bacterias y hongos en las vaginitis motiva un tratamiento combinado para evitar la recaída de la paciente. Reportes recientes sobre efectos antimicóticos del itraconazol y el secnidazol sobre protozoos y bacterias gramnegativas en menor tiempo de exposición al fármaco muestra que la combinación de estos en el tratamiento de la vaginitis acorta el tratamiento y acelera la remisión de la enfermedad.^{15, 27}

El mejoramiento de las medidas de higiene, con mayor distancia de la zona perianal de los genitales externos, disminuyen la frecuencia de la infección por gérmenes del tracto digestivo bajo y las manos.¹⁶

Teniendo en cuenta lo anterior, en toda mujer que presente las manifestaciones clínicas que hagan sospechar enfermedad infecciosa de cérvix, vagina o vulva deberá investigarse si están presente algunos de los factores que a continuación se mencionan, ya que algunos de ellos influyen de manera importante en las medidas que se deben tomar para la prevención, el control y el tratamiento:

a.- Los periodos de la vida en que está naturalmente disminuida la producción de estrógenos por el ovario como son las etapas prepuberal y posmenopáusicas, condiciones fisiológicas o enfermedades concomitantes que reducen la acidez vaginal como el embarazo y la diabetes mellitus.

b.- Uso de fármacos que modifican el equilibrio de la flora bacteriana normal con los antibióticos de amplio espectro o que deprimen la respuesta inmunológica como los corticoesteroides.

c.- Múltiples parejas sexuales que condicionan una exposición más frecuente al riesgo de una infección transmitida sexualmente.

d.- Defectos en el aseo anal después de la defecación, lo que favorece la contaminación por vecindad.

e.- Práctica frecuente de irrigaciones vaginales o del empleo de tampones vaginal durante la menstruación.^{15, 18}

2. Planteamiento del problema

El primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social es complejo y de proporciones importantes. Basta mencionar que en Medicina Familiar se otorgan 120 millones de consultas cada año. Esta cifra puede dar una clara idea de la potencial variabilidad de la calidad de atención en las unidades y la dificultad que representa la actualización permanente de los 14 mil médicos familiares que integran este nivel de atención.²⁶

Las cervicovaginitis son una de las principales doce causas de demanda de atención en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.⁹ En la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero, durante el año 2004 se presentaron 1,400 casos. Ante esta situación actualmente el Instituto cuenta con una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento adecuado en cervicovaginitis, las cuales se han implementado como parte del Programa de Proceso de Mejora Continua de Medicina Familiar.

Sin embargo se ha observado que la recurrencia de éstas persiste, por lo que existe la necesidad de saber si los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero, están llevando a cabo la aplicación de la guía clínica en cervicovaginitis.

El objetivo de la evaluación es determinar los cambios derivados del uso de las guías clínicas en la disminución de los errores diagnósticos y los tratamientos, y

medir el incremento en la proporción de pacientes que alcanzan los resultados en salud esperados después de ser atendidos bajo los criterios de las guías.⁸

En la literatura médica son pocos los estudios que hacen referencia sobre la discordancia entre las recomendaciones de las guías clínicas y lo realizados en la práctica diaria por los médicos, y en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero donde se llevo también a cabo una capacitación al respecto tampoco se conoce esto.

En función de las experiencias producto de distintos estudios de investigación, se puede afirmar que existen tres áreas que, además de estar estrechamente relacionadas entre sí, pueden brindar resultados tangibles en cuanto a la mejora de la calidad de los servicios; a) investigación en educación médica continua; b) desarrollo y utilización de las guías de práctica clínica y c) evaluación de la decisión médica.⁸

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Aplican la guía clínica para diagnóstico y tratamiento en cervicovaginitis los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero?

3. Justificación

Desde el punto de vista de la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha identificado que existen deficiencias y errores importantes en la atención ambulatoria y hospitalaria, las cuales se reflejan en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia de pacientes. Las guías son instrumentos de toma de decisión clínica, reducen la incertidumbre respecto a lo apropiado de las decisiones y acerca de los resultados esperados.⁸

La cervicovaginitis con la presencia de flujo vaginal sustentan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres con vida sexual activa que asisten a unidades de primer contacto y a los servicios de ginecoobstetricia de los Estados Unidos. En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta entidad clínica se ubica dentro de las primeras doce causas de demanda de atención en las Unidades de Medicina Familiar.²

La cervicovaginitis es enfermedad propia de la mujer en edad reproductiva en donde se desconoce su verdadera prevalencia, en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero, durante el año 2004 se detectaron 1,400 casos y si bien es cierto, no contribuye de forma importante con la mortalidad del país; las molestias que ocasionan en aquellas mujeres que lo padecen son alarmantes teniendo con esto una mala calidad de vida, desde el punto de vista físico, psicológico y sexual.

En la literatura médica son pocos los estudios que hacen referencia sobre la discordancia entre las recomendaciones de las guías clínicas y lo realizado en la práctica diaria por los médicos, en la Unidad de Medicina Familiar No.4 de Iguala, Guerrero.

El efecto de las guías sobre la calidad de la atención, al modificar prácticas clínicas, también afecta los costos de la atención, lo que potencialmente contribuye a un manejo más eficiente de los recursos. Los resultados en salud deben medirse de forma que se conozca la evaluación de la guía en los pacientes en quienes se está utilizando.⁸

Debemos identificar las deficiencias y errores que se están realizando en la aplicación de la Guía Clínica en cervicovaginitis, que están repercutiendo en un mal manejo en el diagnóstico y por consiguiente al otorgamiento de un tratamiento inadecuado, por parte de los Médicos Familiares de la UMF. No 4 de Iguala, Guerrero por lo que se deben identificar a los Médicos Familiares que no hayan recibido el curso de capacitación en el Proceso de Mejora Continua sobre las Guías Clínicas, que contribuyen de forma negativa al Proceso de Mejora en cervicovaginitis, por lo que se debe hacer más hincapié en la sintomatología clínica y exploración física por parte del personal Médico.

4. Objetivo

4.1 General

1.-Evaluar la aplicación de la guía clínica en cervicovaginitis después del Curso del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero.

5. Material y métodos

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal retrospectivo.

5.2 Población lugar y tiempo de estudio

Se obtuvieron 170 expedientes clínicos, de los cuales 85 expedientes fueron tomados del año 2004, fecha en la cual no existía ningún programa específico para la atención de la paciente con cervicovaginitis y otros 85 expedientes del año 2006 de los mismos Médicos, posterior a la capacitación del Proceso de Mejora de Medicina Familiar. Se utilizó la base de datos de los casos de cervicovaginitis de primera vez de los turnos matutino y vespertino, a través del sistema de información del archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el período de 1°enero al 31 de octubre de 2007.

5.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico, tomando 5 expedientes clínicos de cada consultorio de forma aleatoria (la UMF No. 4 cuenta con 17 consultorios), que dieron un total de 85 expedientes para su análisis, antes de haber tomado el curso de Proceso de Mejora en cervicovaginitis y 85 después de haber tomado el

curso, haciendo un total de 170 expedientes para su análisis. Se valoraron de acuerdo con el formato establecido para la evaluación de la guía clínica en cervicovaginitis formato 1 (F1MFCVG/2004). (Anexos 2,3, y 4.)

5.4 Criterios de selección

Inclusión:

- Médicos Familiares que tomaron el curso de Proceso de Mejora en cervicovaginitis
- Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero
- Que acepten participar en el estudio

Exclusión:

- Médicos que no hayan terminado el curso de Proceso de Mejora en cervicovaginitis

5.5 Operacionalización de las variables

Independiente

Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Operacionalización: lo encontrado en el expediente clínico.

Escala: razón

Indicador: años cumplidos

Registro de la exploración vaginal

Definición conceptual: práctica médica como parte de la exploración física para determinar un diagnóstico.

Operacionalización: los hallazgos durante la exploración con espejo vaginal se registraron.

Escala: nominal

Indicador: 1) si 2) no

Registra el tratamiento a la pareja

Definición conceptual: anotación en expediente clínico del manejo a la pareja sexual.

Operacionalización: a través del expediente se buscara el tratamiento emitido por el médico tratante.

Escala: nominal

Indicador: 1) si 2) no

Tratamiento del caso

Definición conceptual: prescripción razonada y justificada de medicamentos por vía oral y/o vaginal.

Operacionalización: a través del expediente se buscara el tratamiento emitido por el médico tratante. En pacientes con vaginitis por *Cándida*, Se represcribió Ketoconazol y/ o Miconazol.

En pacientes con vaginosis por *Gardnerella vaginalis*, se prescribió metronidazol.

Escala: nominal

Indicador: 1) si 2) no

Menarca

Definición conceptual: aparición de la primera menstruación.

Operacionalización: lo encontrado en el expediente clínico.

Escala: razón

Indicador: año de inicio

Inicio de vida sexual activa

Definición conceptual: comienzo de conjunto de actividades que establecen la conexión del organismo vivo con el ambiente, por oposición a la vida vegetativa.

Acto sexual con una persona, en número, tiempo, modo y aspecto.

Operacionalización: Lo encontrado en el expediente clínico.

Escala: razón

Indicador: año de inicio

Número de parejas sexuales

Definición conceptual: cantidad de personas con una condición orgánica, masculina o femenina para el coito.

Operacionalización: lo encontrado en el expediente clínico.

Escala: cuantitativo

Indicador: numérico

Vaginosis Bacteriana

Definición conceptual: trastorno del complejo vaginal bacteriano por desaparición de lactobacilos y crecimiento de *Gardnerella vaginalis*.

Operacionalización: a través del expediente se buscara este diagnóstico emitido por el médico tratante.

Escala: nominal

Indicador: 1) si 2) no

Vaginitis

Definición conceptual: proceso inflamatorio de la mucosa vaginal

Operacionalización: a través del expediente se buscara este diagnóstico emitido por el médico tratante.

Escala: nominal

Indicador: 1) si 2) no

Dependiente

Aplicación de la Guía Clínica de Cervicovaginitis

Definición conceptual: son enunciados, desarrollados de forma sistemática, para asistir al médico y al paciente en la toma de las mejores decisiones sobre un problema sanitario concreto.

Operacionalización: lo encontrado en la recolección de datos con la F1MFCVG/2004 y F1MFCVG/2006, para paciente con cervicovaginitis.

Escala: nominal

Indicador: para Gardnerella y Candida

1.- **si** = si existe revisión con espejo vaginal y tratamiento específico

2.- **no** = sino existe revisión con espejo vaginal o tratamiento específico-

Indicador: para Tricomoniasis

1.- **si** = si existe revisión con espejo vaginal, tratamiento específico y tratamiento a la pareja.

2.- **no** = sino existe revisión con espejo vaginal, tratamiento específico o tratamiento a la pareja.

5.6 Método de recolección de datos

Se obtuvo la relación de los Médicos de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.4 Iguala, Guerrero, que recibieron el curso de Proceso de Mejora en cervicovaginitis en el año 2005. Se contó con el apoyo del Jefe del Departamento Clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero, de los turnos matutino y vespertino, así como de las asistentes médicas.

Después de identificado el caso de cervicovaginitis, se realizó una revisión previa a los expedientes clínicos de los Médicos Familiares de los turnos matutino y vespertino. Se analizó la calidad de atención médica de acuerdo con el formato de evaluación: F1MF CVG/2004 que se otorgó a las pacientes, antes de que los Médicos Familiares tomaran el curso de Proceso de Mejora Continua en cervicovaginitis, que en este estudio constituyen la guía clínica. Los puntos importantes que se analizaron son: 1.-Fecha de la nota revisada, edad de la paciente registrada en el expediente, 2.-Registro de los hallazgos de la exploración vaginal, 3.-Registro del tratamiento a la pareja, 4.-En paciente con diagnóstico presuntivamente bacteriana o *Tricomonas* se prescribió metronidazol?, y para los casos de cervicovaginitis por *Gardnerella* y *Candida* además de la fecha y edad solo el registro de los hallazgos de la exploración vaginal, y el registro del tratamiento a la pareja. (Anexos 2,3, y, 4.) Agregándose a estas variables: el inicio de la menarca, inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales, y los métodos de planificación familiar específicamente hormonal oral y dispositivo intrauterino.

Estas variables se aplicaron al expediente clínico de cada consultorio, de cada turno con el diagnóstico de cervicovaginitis, tomados al azar antes del Proceso de Mejora (2004) y que posteriormente se reevaluaron una vez que los Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 4 de Iguala, Guerrero, tomaron el curso de Proceso de Mejora en cervicovaginitis (2006). Esta medición se realizó en dos ocasiones, una medición inicial previa a la capacitación impartida por los asesores clínicos en la UMF No 4, en el 2004, y una medición final en el 2006, después de la capacitación.

Procedimiento:

- a) La evaluación se realizó a partir de la revisión de expedientes clínicos de la entidad seleccionada; esta responsabilidad corresponde a los Jefes de Medicina Familiar (JMF) para su validación.
- b) Los JMF solicitaron las hojas RAIS-012003 "Registro de actividades de Atención Integral de la Salud" correspondiente al 2004, previa a la capacitación con el propósito de elegir y revisar expedientes de las entidad clínica mencionada.
- c) El número de expedientes clínicos que se revisaron fue acorde con el número de consultorios con que cuenta la unidad. De cada uno de ellos se revisaron 5 expedientes clínicos lo cual dieron un total de 170 expedientes. Se incluyeron los expedientes clínicos de todos los consultorios y de ambos turnos.
- d) Existe un formato de recolección de datos por cada entidad clínica donde se especificó la información que debe obtenerse de las notas médicas. En este caso cervicovaginitis.

e) Una vez revisados todos los expedientes, se procedió al llenado del formato (F1MF/2004). (Anexos 2,3, y, 4.)

Se tomó como proceso de mejora inicial, a las características de la población estudiada, antes del desarrollo del Proceso de Mejora en cervicovaginitis (2004). Incluye la capacitación de los Médicos Familiares en Abril de 2005 y hasta el año 2006, como una estrategia facilitadora del cambio organizacional. La capacitación del médico familiar estuvo a cargo principalmente de los médicos no-familiares de la propia institución, a quienes se les impartió un curso para prepararles como “asesores clínicos”, por medio de la modalidad educativa de “visita de profesor”. Participaron un Gineco obstetra, en el curso médico profesores en 2005. Los Médicos Familiares adscritos a consultorio fueron 17 en la Unidad de Medicina Familiar número 4 de Iguala Guerrero, actualizados en cervicovaginitis, mediante el curso correspondiente a la etapa II.

Se tomó como proceso de mejora final a las características de la población estudiada, después del desarrollo del Proceso de Mejora en cervicovaginitis (2006).

5.7 Análisis estadístico

Se realizó una base de datos utilizando el programa SPSS v. 14.0 para Windows vista, se codificaron las variables, se buscaron valores ilógicos, errores de transcripción o codificación. Se obtuvieron frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión.

5.8 Consideraciones éticas para el estudio

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título segundo, capítulo 1, categoría I, esta investigación se considera de riesgo mínimo.

El presente estudio se apegó a los postulados éticos de la declaración de Helsinki, pero por tratarse de un estudio transversal retrospectivo se solicitó consentimiento informado a cada uno de los Médicos Familiares de cada consultorio y de cada turno que ingresaron al estudio, de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Iguala, Guerrero.

Se informó a las autoridades de la Unidad, dónde se llevó a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de Enseñanza e Investigación de la UMF No. 4 de Iguala, Guerrero

Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica

El presente trabajo contempla la Normativa Institucional para la Investigación en Salud de acuerdo a la Ley Federal, sin contravenir las recomendaciones de la Asamblea Médica Mundial en 1964, modificada en la Asamblea General de Edimburgo en octubre del 2002.

6. RESULTADOS

6.1 Descripción de los resultados

De los 170 expedientes clínicos los cuales se dividieron en dos grupos, 85 revisados con el formato F1MFCVG/2004 predominó en frecuencia por grupos de edad, el de 25 a 34 años con 34 casos (40.0%); 15 a 24 años con 20 (23.5%); de 35 a 44 años, 19 (22.4%); de 45 a 54, años 10 (11.8%); de 55 años únicamente 2 (2.4%). De los 85 expedientes revisados con el formato F1MFCVG/2006 el grupo etario que prevaleció fue de 25 a 34 años con 33 casos (38.8%); el grupo de 35 a 44 años con 17 (20%); de 45 a 54 años con 17 (20%); de 55 años 3 (3.5%). (Tabla 1)

El inicio de la menarca se encontró una prevalencia similar durante el año 2004 y 2006 en edades de los 12 y 13 años con 64 (75.3%); y con 44 casos (51.8%); respectivamente, en el 2004 se registraron las edades de 14 y 15 años 10 casos (11.8%); de 10 a 11 años 8 (9.4%); y del grupo de 16 a 17 años 3 (3.5%); mientras que en el 2006 se reportaron las edades de 10 a 11 años con 32 casos (37.6%); de 14 a 15 años 8 (9.4%); y del grupo de 16 a 17 años 1 (1.2%). (Tabla 2)

El inicio de vida sexual activa, para el año 2004 prevaleció el grupo de edad de 16 a 20 años con 62 casos (72.9%); seguido de 21 a 25 años con 12 (14.1%); de 11 a 15 años con 10 (11.8%); y de 25 años y más con 1 (1.2%). Durante el 2006 el (74.1%); correspondió al grupo de 16 a 20 años con 63 casos, 21 a 25 años con 17 (20%); de 11 a 15 años con 5 (5.9%). (Tabla 3)

En el número de parejas sexuales, se observó que en el 2004 la mayoría de los casos tenían 1 pareja sexual con 77 (90.6 %); con 2 parejas sexuales 6 (7.1%); con 3 parejas sexuales 1 caso (1.2%); y en 1 caso no tenía pareja sexual (1.2%) mientras que en el 2006 se encontraron con una sola pareja 76 casos (89.4%); 2 parejas en 6 (7.1%), de 3 parejas y más en 3 (3.5%). (Tabla 4)

En lo que se refiere a métodos de planificación familiar, durante el 2004; el dispositivo intrauterino se encontró en 20 casos (23.5%); Hormonales orales 12 (14.1%). En el año 2006, se encontró que en menos de la mitad de los expedientes revisados, utilizan las mujeres el dispositivo intrauterino en 37 casos (43.5%); y los hormonales orales 21 (24.7%). (Tabla 5)

Aplicación de la guía clínica.

Inicial (2004), *Gardnerella* si 14 (46.7%); no 16 (53.3%); *Candida* si 18 (60%); no 12 (40%); *Trichomona* si 15 (60%); no 10 (40%). (Tabla 6)

Final (2006); *Gardnerella* si 18 (90%); no 2 (10%); *Candida* si 36 (90%); no 4 (10%); *Trichomona* si 23 (92%); no 2 (8%). (Tabla 7)

En Tratamiento específico por etiología 2004, *Gardnerella* si 27 (90%); no 3 (10%); *Candida* si 25 (83.3%); no 5 (16.7%); *Trichomona* si 21 (84%); no 4 (16%). (Tabla 6)

En el 2006 *Gardnerella* si 19 (95%); no 1 (5%); *Candida* si 39 (97.5%); no 1 (2.5%); *Trichomona* si 24 (96%); no 1 (4%). (Tabla 7)

En cuanto el análisis del registro del tratamiento a la pareja en Tricomoniasis, en el formato F1MFCVG/ 2004, el registro del tratamiento se encontró en 18 casos (72%); no en 7 (28%).^(Tabla 6) En el formato F1MFCVG/ del año 2006, se registró tratamiento a la pareja en 24 casos (96%); no se registró el tratamiento 1 (4%).
(Tabla 7)

Resultado de la aplicación de la Guía Clínica en la cervicovaginitis Inicial (2004), *Gardnerella* si 11 (36.7%); no 19 (63.3%); *Candida* si 13 (43.3%); no 17 (56.7%); *Trichomona* si 4 (16%); no 21 (84%).^(Tabla 6)
Final (2006) *Gardnerella* si 17 (85%); no 3 (15%); *Candida* si 35 (87.5%); no 5 (12.5%); *Trichomona* si 21 (84%); no 4 (16 %).^(Tabla 7)

6.2 Tablas

Tabla 1
GRUPOS DE EDAD

EDAD (años)	Proceso de mejora			
	Inicial		Final	
	n	%	n	%
15 A 24	20	23.5	15	17.6
25 A 34	34	40.0	33	38.8
35 A 44	19	22.4	17	20
45 A 54	10	11.8	17	20
55 y MÁS	2	2.4	3	3.5
Total	85	100	85	100

Tabla 2
INICIO DE LA MENARCA

INICIO DE LA MENARCA (años)	Proceso de mejora			
	Inicial		Final	
	n	%	n	%
10 A 11	32	37.6	8	9.4
12 A 13	44	51.7	64	75.3
14 A 15	8	9.4	10	11.8
16 A 17	1	1.2	3	3.5
Total	85	100.0	85	100.0

Tabla 3
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

INICIO VIDA SEXUAL (años)	Proceso de mejora			
	Inicial		Final	
	n	%	n	%
11 A 15	10	11.8	5	5.9
16 A 20	62	72.9	63	74.1
21 A 25	12	14.1	17	20.0
25 Y MÁS	1	1.2	0	0
Total	85	100.0	85	100.0

Tabla 4
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

PAREJAS SEXUALES (número)	Proceso de mejora			
	Inicial		Final	
	n	%	n	%
0 PAREJAS	1	1.2	0	0.0
1 PAREJA	77	90.6	76	89.4
2 PAREJAS	6	7.1	6	7.1
3 Y MÁS	1	1.2	3	3.5
Total	85	100.0	85	100.0

Tabla 5
USUARIAS DE MÉTODO PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (MÉTODO)	Proceso de mejora			
	Inicial		Final	
	n	%	n	%
H.ORAL	12	14.1	21	24.7
DISPOSITIVO IU	20	23.5	37	43.5
SIN MÉTODO	53	62.4	27	31.8
TOTAL	85	100.0	85	100.0

Tabla 6

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA INICIAL (2004)

PROCESO DE MEJORA																
Etiología	Revisión con espejo vaginal				Tratamiento específico				Tratamiento a la pareja				Aplicación de la guía clínica			
	si		no		si		no		si		no		si		no	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Gardnerella</i>	14	46.7	16	53.3	27	90	3	10	--	--	--	--	11	36.7	19	63.3
<i>Candida A,</i>	18	60	12	40	25	83.3	5	16.7	--	--	--	--	13	43,3	17	56.7
<i>Trichomona</i>	15	60	10	40	21	84	4	16	18	72	7	28	4	16	21	84
Total	47	55.2	38	44.8	73	85.8	12	14.2	18	72	7	28	28	32.9	57	67.1

Tabla 7

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA FINAL (2006)

PROCESO DE MEJORA																
Etiología	Revisión con espejo Vaginal*				Tratamiento específico				Tratamiento a la pareja				Aplicación de la guía clínica			
	si		no		si		no		si		no		si		no	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Gardnerella</i>	18	90	2	10	19	95	1	5	--	--	--	--	17	85	3	15
<i>Candida A,</i>	36	90	4	10	39	97.5	1	2.5	--	--	--	--	35	87.5	5	12.5
<i>Trichomona</i>	23	92	2	8	24	96	1	4	24	96	1	4	21	84	4	16
Total	77	90.5	8	9.5	82	96.4	3	3.6	24	96	1	4	73	85.8	12	14.2

7. Discusión

La edad, en el estudio realizado por Martínez O. y cols., de la Unidad de Medicina Familiar No. 53 del IMSS en Guanajuato,³² encontró una prevalencia de edad entre 15 a 49 años en pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis, el grupo de mayor representación fue el de 31 a 40 años con 38.5 %, seguido del grupo de 21 a 30 años con 37.4%. En nuestro estudio, la mayor prevalencia durante el 2004, se encontró en el grupo de 25 a 34 años (40.0%); y durante el 2006 se encontró en el mismo rango de edad (38.8%); cifras muy similares a lo reportado en otros estudios.

En relación a la menarca es importante saber que durante todo el siglo pasado en los países industrializados hay una tendencia hacia una menarca más temprana. Las causas son poco claras, pero existe una interpretación que considera que es un reflejo de la mejora de las condiciones sanitarias y ambientales.³³ En un estudio realizado por Sócrates D., de la Universidad de Nicaragua (2002),²³ concluyó que los alimentos ricos en estrógenos o transgénicos son un factor de riesgo para una menarca más temprana. En nuestro estudio la mayor frecuencia del inicio de la menarca en el 2004 fue entre los 12 y 13 años, con 34 casos (40%), y para el 2006 fue en el grupo de de 10 a 11 años con 32 casos (37.6%), nos damos cuenta que con los resultados obtenidos; las mujeres inician su ciclo menstrual más jóvenes.

En relación al inicio de la vida sexual activa, Patricio S., del Colegio de México (2004),³⁴ menciona que México ha experimentado grandes transformaciones como el avance en el proceso de urbanización, los cambios culturales y económicos asociados a la mayor participación femenina en los ámbitos como el trabajo y la escuela; la masiva difusión de la televisión, que llevó hasta las comunidades más dispersas los modelos de comportamiento de otras sociedades; la revolución sexual a fines de década de los sesenta en los Estados Unidos, con algunas repercusiones en los ámbitos urbano mexicanos, y la instauración de una agresiva política de planificación familiar a mediados de los años setenta, pudieron cambiar significativamente las condiciones en las cuales las jóvenes ingresaron a su vida sexual. En sus resultados encontró que las mujeres con menor escolaridad inician su vida sexual activa más tarde que las de mayor escolaridad.³⁴ Coincide con los realizados por Rayo Z., de la Universidad Autónoma de Nicaragua (2005).³⁵ En nuestro estudio se observó que durante el 2004 el grupo de edad que más prevaleció fue el de 16 a 20 años con 62 casos (72.9%), mientras que durante el 2006, el grupo frecuente fue de 16 a 20 años con 63 casos (62 %), no encontramos en las variables una asociación estadística, sin embargo a medida que la mujer tiene mejor nivel de escolaridad inicia más tardíamente su vida sexual.

Relacionado al número de parejas sexuales, en un estudio realizado por Rayo Z., de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua 2005,³⁵ y González A, Pedraza A, Ortiz Z. En la Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria (2004),³⁷ encontraron que la frecuencia de cervicovaginitis aumenta

en relación al aumento en el número de parejas sexuales.^{18,27,35, 36, 37, 40} En nuestro estudio el número de parejas sexuales durante el 2004, la mayor prevalencia se encontró con 1 pareja 77 casos (90.6 %); y en el 2006, con 1 pareja 76 casos (89.4%), con diferencia mínima del (1.2%); no tuvo asociación estadística con los estudios anteriores, existe una gran diferencia en la conducta sexual entre un país y otro, debido a que en algunos países aún se encuentran subdesarrollados y otros con un nivel socio cultural elevado.^{18, 27, 33, 35}

En cuanto a métodos de planificación familiar, Rayo Z., de la Universidad Autónoma de Nicaragua (2005),³⁵ demostró la relación entre el uso de dispositivo intrauterino y la cervicovaginitis por tricomoniasis en un 22.5%, así como el uso de hormonal oral en un 11.1% para el desarrollo de candidiasis.^{35, 38} Sin embargo Guillén M., de la Universidad de Venezuela (2003),³⁸ menciona que el uso del dispositivo intrauterino por más de cinco años es un factor frecuente de infección por *Actinomyces sp.* en un 10% y reafirman a los hormonales orales en un 50%, como factor para candidiasis.³⁸ En nuestro estudio durante el 2004 el uso del dispositivo intrauterino se encontró en 20 casos (23.5%); hormonal oral 12 casos (14.1%); mientras que en el 2006 el dispositivo intrauterino se encontró en 37 casos (43.5%); seguido de hormonal oral con 21 casos (24.7%); variables que se asociaron estadísticamente con la presencia de cervico vaginitis (CVG).

En lo que se refiere a la revisión con espejo vaginal, no existen datos claros en la literatura sobre la importancia de la revisión, de acuerdo con el estudio de Martínez O y cols. (2007).³² en la que la revisión si se realizó en 24 casos (10.6%)

y no se realizó la revisión en 203 casos (89.4%).³² En este trabajo en el 2004 si se realizó en 47 casos (55.2%), y no se realizó en 38 casos (44.8%), mientras que en el 2006, si se realizó la revisión en 77 casos (90.5%), y no se realizó en 8 casos (9.5%). El resultado fue satisfactorio para el 2006 con una diferencia del 30% ($p < 0.0000032$). Sin embargo en nuestro estudio de acuerdo a los artículos revisados observamos la gran importancia de este procedimiento para el diagnóstico asociado con los antecedentes, los síntomas clínicos y el examen físico.^{18, 30, 39}

En cuanto al tratamiento específico otorgado, se revisaron varios estudios en que se han encontrado asociación de *Gardnerella*, *Candida* y *Trichomona* como las principales causas de CVG. En el estudio de Martín M. y cols., (2007).³² se observó tratamiento específico 25%, no específico en 74.9%.^{32,37,39} En esta muestra de estudio en el 2004, para *Gardnerella* si 27 casos (90%); no 3 (10%); *Candida* si en 25 (83.3%%); no 5 (16.7%); *Tricomonas* si 21 (84%); no 4 (16%), mientras que durante el 2006, se otorgó el tratamiento para *Gardnerella*, si en 19 casos (95%%); no 1 (5%); para *Candida* si 39 casos (97.5%); no 1 (2.5%); *Trichomonas* si 24 (96%); no 1 (4%), no se encontró una asociación estadística en esta variable.

Martínez O. y cols., (2007),³² en su estudio observó que el tratamiento a la pareja fue otorgado en 47 casos (20.7%), y en 180 casos (79.3%) no hubo tratamiento a la pareja.³² En este estudio en el 2004, si se otorgó en 18 casos (72%), no en 7 (28%), mientras que en el 2006 si se otorgó 24 casos (96%), no se otorgó en 1

(4%). Se observa en ambos años, un incremento del 24% en forma significativa en las variables del registro del tratamiento otorgado a la pareja.

En la aplicación de la guía clínica, Martínez O. y cols., (2007), ³² mencionan que de acuerdo a las recomendaciones de las actividades complementarias o médico-preventivas fueron desestimadas, pues su recomendación se realizó en bajo porcentaje, a pesar de su importancia en la prevención y tratamiento de las cervicovaginitis y de que así se sugiere en la Norma Oficial Mexicana y guías clínicas. En este estudio la aplicación de la Guía Clínica en el 2004, se observó un porcentaje de 32.9%, cifras similares al estudio anterior, en el control del 2006 el porcentaje fue de 85.8%, superior a lo referido, debido a que sí aplican la Guía Clínica Institucional.

8. Conclusiones:

Los grupos de edad en los que se presentó la cervicovaginitis, fue de predominio en la tercera década.

Actualmente la menarca, se presenta más tardíamente, el inicio de la vida sexual activa, predomina de los 16 a los 20 años de edad y con una pareja sexual.

En planificación familiar, hay disminución de las usuarias sin método hormonal a expensas actualmente del uso del dispositivo intrauterino.

Se logró el objetivo de nuestro estudio, al encontrar un incremento en el registro de la revisión con espejo vaginal, tratamiento específico para *Gardnerella*, *Candida* y *Trichomona*, tratamiento a la pareja y aplicación de la Guía Clínica.

Éste estudio aportó a la Unidad de Medicina Familiar información básica acerca de cómo el Médico Familiar se apega a los lineamientos específicos de la Guía Clínica en cervicovaginitis del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se puede dar un seguimiento en forma semestral o anual, con la misma metodología aplicada, y explorar en estudios posteriores las acciones preventivas que no contempla la presente guía.

9. Recomendaciones:

Medidas preventivas, a través de información con enfoque de riesgo a toda mujer, en forma individual y grupal.

Promover en los Médicos Familiares de la UMF No. 4 de Iguala, Guerrero, el involucramiento con la Guía Clínica de cervicovaginitis para mejores resultados.

El tratamiento específico de cervicovaginitis debe ser aplicado en correlación de los signos y síntomas de la paciente, asociado a los antecedentes ginecológicos, para evitar las recidivas.

Capacitación continua hacia los Médicos Familiares, la cual se realizará en forma teórico- práctica para mejores resultados en la aplicación de la guía clínica

10. Referencias:

- 1.- Fuentes C, Benítez C, Reyna A, Moisen C, Mújica H, Haro G. ¿Qué es una guía clínica? Rev Méd IMSS 2000; 38(2):113-17.
2. - Sánchez JM et al. Guías Clínicas en México emisión de la Academia Mexicana de Cirugía. Cir Ciruj 2004; 72:63-68.
- 3.- Llamas JS. et al. Características de las Guías Clínicas de Atención Primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. Aten Primaria 2001; 28(8):525-34
- 4.- Rodríguez M. y Piñero D. Guías de Práctica Clínica: dificultades para su uso. Rehabilitación 2001; 35(6):393-396.
- 5.- Aymerich M. y Sánchez E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las Guías de Práctica Clínica y su implementación. Gac Sanit 2004; 18(4):326-34.
- 6.- González M. et al. Endocarditis infecciosa: Grado de discordancia entre lo recomendado por las guías y lo realizado en la práctica. Rev Esp Cardiol 2002; 55(8):793-800.
- 7.- García P. Proceso de Mejora en Medicina Familiar Nacional 2002; (1):20
- 8.- Instituto Mexicano del Seguro Social: Guías de práctica Clínica para Medicina Familiar: Editorial Manual Moderno, 2003.
- 9.- Guía clínica para el diagnóstico tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, Trichomonas y Candida. Coordinación de Educación Médica, Dirección de Prestaciones Médicas. Rev Med IMSS 2003; 41(spl): 71-76.

- 10.-Proceso de Mejora de Medicina Familiar: Evaluación de la Capacitación Técnico-Médica Instrucciones para las Unidades de Medicina Familiar en el IMSS. Curso I y II (Marzo- Agosto 2005).
- 11.-Showslack J, García P. El Proceso de Mejora de Medicina Familiar. *Ann Intern* 2003; (138): 268-272.
- 12.-García P. Proceso de Mejora en Medicina Familiar en Guerrero. 2005:136.
- 13.-Cutié B. Vaginosis bacteriana en edades tempranas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25 (3):174-180.
- 14.-Caballero P, Bautista M, Cué B, Ortega G, Rodríguez B. Vaginosis bacteriana. *Resumed* 2000; 13 (2): 63-75.
- 15.-Alvarado G, Gaviño A. Itraconazol más secnidazol, cápsulas vs óvulos vaginales acetónido de fluocinolona, nistatina y metronidazol en el tratamiento sintomático de la vaginitis. *Ginecol Obstet Méx* 1998; (66):173-178.
- 16.-Fernández P, Sumano A. Cambios puberales y algunos aspectos de la infección cérvicovaginal. *Bol Med Hosp Infant Méx* 1992; 49(1):48-52.
- 17.-Barbosa R, Sánchez D. Vulvovaginitis bacteriana en la prepuber. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(2): 99-102.
- 18.-Velasco M, Pozos C, Cardona P. Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva. *Rev Med IMSS* 1999; 37 (3):185-191.
- 19.-Montiel A, Magendzo N, Mora P. Curso Optativo de Formación General “sexualidad, fertilidad y procreación”, enfermedades de transmisión sexual. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina Departamento de Obstetricia y Ginecología. 2006; (1):1-14.

- 20.-Canto de C. Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar. Gac Med 2002; 138 (1): 25-30.
- 21.-Monterrosa C, Blaquicet A. Gardnerella vaginalis en informe de citología cérvico vaginal. Gac Med Méx 1994; 132(2):119-125.
- 22.-Lilia H, Percy P, Álvaro S, Gladis C, Máximo A. La enfermedad perinatal y la prematuridad pertenecen a un síndrome multifactorial. Ann Fac Med Lima 2003; 64 (3): 1-14.
- 23.-Sócrates D. Causas de pubertad precoz en los niños manejados en el servicio de endocrinología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua 2002; (1):1-27.
- 24.- Mendoza G, Sánchez V. Frecuencia de vaginosis por Gardnerella vaginalis y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital en la mujer. Ginecol Obstet Méx 2001;(69):272-276.
- 25.-Castelazo M. Enfermedades Sexualmente Transmitidas PACG-2.Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia 2ª Ed. 2005; 1(4): 1-21.
- 26.-Gómez B, Garivay V. Evaluación de la eficacia de la combinación de ketoconazol, clindamicina comparada con metronidazol / nistatina en vaginitis candiásica y vaginosis bacteriana. Ginecol Obstet Méx 2004; (72): 575-580.
- 27.-Fabián S, González P, Téllez R, Hernández L. La combinación itraconazol más secnidazol en el tratamiento de la vaginitis / vaginosis. Rev Med Int Méx. 1999; 15 (2): 1-6.
- 28.-Martínez T, Ovalle S, Reid S, Céspedes P. Biotipos y susceptibilidad antimicrobiana de Gardnerella Vaginalis. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (6):441-446.

- 29.-Gorozpe C, Gómez A, Castañeda V, Santoyo H, Herrera A. Búsqueda de *Chlamydia trachomatis* en 159 mujeres en la consulta privada. *Ginecol Obstet Méx* 2005; (73): 124-127.
- 30.-Otárola U, Briceño F, Bahamontes M, Muñoz M, Lorca H. Frecuencia de *trichomonas vaginalis* detectadas mediante papanicolaou en cuatro servicios de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(1): 3-7.
- 31.- Víctor G, Miguel G, Felio M, Pérez C. Comparación de la eficacia de la combinación Ketoconazol 400mg + clindamicina 100mg, con ketoconazol 800mg + clindamicina 100 mg en vaginitis por *Cándida* y vaginosis bacteriana. *Ginecol Obstet Méx* 2005;(73): 302-307.
- 32.-Martínez O, Saldaña G, Sánchez H. 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.
- 33.- Pagina Web. Mhtml: file:///F:/ Menarquia. 2007: 1-4.
- 34.- Patricio S, Cecilia G. El inicio de la vida sexual en México. *El colegio de México* 2004; (1): 1-5.
- 35.- Rayo Z, Hernández M. Situación de las ITS en mujeres ingresadas al servicio de Alto Riesgo Obstétrico. *Hosp Mat Inf Universidad. Nacional de Nicaragua* 2005; (1): 1-46.
- 36.- Alberto G, Pedraza V, Ponce R. Factores de riesgo asociados a Vaginosis Bacteriana. *Pub.of Esp.* 2004; 34(7):360-365.
- 37.- A González, Pedraza A, Ortiz Z. Candidiasis vaginal: diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención médica. *Univ Nac Aut Méx* 1998: 21(6): 395-398.

- 38.- Guillén M, Moreno F, López M. Hallazgos microbiológicos cervicovaginales en pacientes de pesquisa de cáncer. *Fac far Bioan. Univ. Venez* 2003; 45(1): 1-5.
- 39.- Dr. Scope. Leucorrea y su significado. *Pac MG-1 Mex.*1999; (2): 19-24.
- 40.- Parera N, Surís J. Conducta sexual en adolescentes de Catalunya. *Rev Iber Fert Univ Dex Barc* 2002; 137(1): 1-6.

Anexo 1

Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Subzona U.M. F No 4. Carta de Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Usted está siendo invitado a formar parte de un estudio de investigación y debe decidir si desea participar en el. El estudio lleva por nombre **“Evaluación de la aplicación de la Guía Clínica en cervicovaginitis, por los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No 4 de Iguala Guerrero”**, cuyo objetivo será evaluar a los médicos familiares antes del proceso de mejora y después del proceso de mejora en cervicovaginitis. La información será confidencial.

Si acepta participar en este estudio es necesario que permita tener el acceso para la revisión de los expedientes clínicos para la evaluación antes y después de haber tomado el curso de Proceso de Mejora Continua en cervicovaginitis.

Su participación en este estudio es importante Usted puede elegir no tomar parte en el estudio o dejarlo en cualquier momento.

“He leído y entendido este formato de consentimiento informado. Todas mis preguntas han sido resueltas y estoy de acuerdo en participar en este estudio”.

Nombre _____ Firma _____

Dirección _____ Tel. _____

Nombre del investigador:

Dr. Gustavo Salgado Resendiz.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA PACIENTE CON CERVICOVAGINITIS

DELEGACIÓN _____

UNIDAD MÉDICA _____

Fecha de elaboración _____

Medición basal
_____/_____/_____
día mes año

Medición final
_____/_____/_____
año

Fuente: Expediente Clínico

Nº de caso	Iniciales del nombre del paciente <i>(paterno-materno-nombres)</i>	Número de Afiliación	Agregado	Número de consultorio y turno M-matutino V-vespertino	Edad en años	Fecha de la nota revisada		1.- ¿Se registraron los hallazgos observados durante la exploración con espejo vaginal?		2.- ¿Se registró el tratamiento a la pareja?		3.- En pacientes con cervicovaginitis presuntamente bacteriana o por Trichomona ¿se prescribió metronidazol?		
						Día	Mes	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No aplica

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos _____

Nombre y firma del responsable de unidad _____

Hoja _____ de _____

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

F1MF-CVG/2004

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA PACIENTE CON CERVICOVAGINITIS

DELEGACIÓN _____

UNIDAD MÉDICA _____

Fecha de elaboración _____

Medición basal _____ / _____ / _____
 día mes año

Medición final _____ / _____ / _____
 día mes año

Nº de caso	Iniciales del nombre del paciente (paterno-materno-nombres)	Número de Afiliación	Agregado	Número de consultorio y turno de M-matutino V-vespertino	Edad en años	Fecha de la nota revisada		1.- ¿Se registraron los hallazgos observados durante la exploración con espejo vaginal?		2.- En pacientes con cervicovaginitis presuntamente por Gardnerella se prescribió metronidazol?	
						Día	Mes	Sí	No	Sí	No

Fuente: Expediente Clínico

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos _____

Nombre y firma del responsable de unidad _____

Hoja _____ de _____



FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA PACIENTE CON CERVICOVAGINITIS

DELEGACIÓN _____

UNIDAD MÉDICA _____

Fecha de elaboración _____

Medición basal
_____ / _____ /
día mes año

Medición final
_____ / _____ /
día mes año

Fuente: Expediente Clínico

Nº de caso	Iniciales del nombre del paciente (paterno-materno-nombres)	Número de Afiliación	Agregado	Número consultorio y turno M-matutino V-vespertino	Edad en años	Fecha de la nota revisada		1.- ¿Se registraron los hallazgos observados durante la exploración con espejo vaginal?		2.- En pacientes con cervicovaginitis presuntivamente con Candida se prescribió miconazol y/o ketoconazol?		
						Día	Mes	Sí	No	Si		No

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos _____

Nombre y firma del responsable de unidad _____

Hoja _____ de _____