



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN I Y II NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 ARAGON

“Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la
Cervicovaginitis”

Que para obtener el título de especialista en Medicina Familiar
P R E S E N T A:

URIEL VENTURA SORIANO

Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar.
Matrícula: 99366359
E-mail: doorsolumbar@yahoo.com.mx
Tel. 57318332

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Laura Olalde Montes de Oca
Unidad de Medicina Familiar no. 14 IMSS
Matrícula: 739239
E-mail: laura.olalde@imss.gob.mx
Tel. 57626300

ASESORA DE TESIS

Dra. Martha Beatriz Corona Hernández
Unidad de Medicina Familiar no. 14 IMSS
Matrícula: 11659483
E-mail: mabecohe@hotmail.com.mx
Tel. 57626300



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

México, D.F. 2009



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.

AUTORIZACIONES

**AUTORIZADO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
NO. 3515**

**NO. DE REGISTRO INSTITUCIONAL
R-2009-3515-01**

Dra. María Agustina Elena Vilchis Guisar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. Yolanda Soto González
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF. 94

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

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por brindarme la vida y por permanecer constante en ella.

En segundo lugar a mis Padres y Familia que me ayudaron a cuidar de mi vida y por llenarla de tanta fortaleza y alegría.

En tercer lugar a mi Tere porque gracias a su presencia me impulsa a ser mejor persona y por hacer que todo merezca la pena.

En cuarto lugar a mis amigos de Residencia por todo el apoyo académico y por todos los buenos momentos en este posgrado.

INDICE DE CONTENIDO

	PAGINA
1. Marco Teórico	6
2. Antecedentes científicos	35
3. Planteamiento del Problema	39
4. Objetivos del Estudio	41
5. Hipótesis de Trabajo.....	41
6. Identificación de Variables	41
7. Definición conceptual y operacional de Variables.....	42
8. Diseño de estudio	42
9. Universo de Trabajo	42
10. Población de Estudio.....	42
11. Muestra de estudio	42
12. Determinación estadística y tamaño de la muestra.....	43
13. Tipo de Muestreo.....	43
14. Criterios de selección de la muestra	43
15. Procedimiento para la obtención de la muestra.....	44
16. Descripción y Validación del Instrumento	45
17. Análisis Estadístico.....	48
18. Consideraciones Éticas	49
19. Resultados	51
20. Análisis de resultados	58
21. Conclusiones	61
22. Sugerencias	63
23. Referencias Bibliográficas	64
24. Anexos	67

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MANEJO DE LA CERVICOVAGINITIS

Olalde Montes de Oca L¹ Corona Hernández MB², Ventura Soriano U³,
Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social
(IMSS)

RESUMEN

Antecedentes: La Cervicovaginitis supone el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en etapa reproductiva que acuden al primer nivel de atención. Consideramos conveniente utilizar un instrumento que evalúe la aptitud clínica del médico de primer contacto y observar si cambia con el grado de estudios. **Objetivo:** Comparar la aptitud clínica del médico familiar con y sin especialidad en el manejo de la cervicovaginitis. **Material y Métodos:** Diseño observacional, comparativo, transversal y prolectivo, con médicos familiares de la UMF 94 del IMSS. El instrumento, previamente validado, consta de 140 preguntas, integrado por casos clínicos, con posibles respuestas de falso, verdadero y no sé. Se estableció una escala ordinal para la aptitud clínica, la cual contó con 7 indicadores, así mismo, se tomaron en cuenta las variables intervinientes: sexo, edad, antigüedad, turno, contrato y asistencia a cursos de actualización. Se realizó un análisis estadístico paramétrico **Resultados:** Se incluyeron un total de 50 médicos de ambos turnos. La aptitud clínica global fue BAJA (58.5%), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.246$); ningún médico alcanzó el nivel excelente. Dentro de los indicadores solo integración diagnóstica y aplicación de terapéuticas pertinentes mostraron diferencia significativa a favor de los médicos especialistas. Al correlacionar las variables intervinientes, no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro. **Conclusión:** La aptitud clínica del médico de primer contacto es baja; por lo que es conveniente diseñar estrategias que eleven la aptitud clínica para el manejo de las cervicovaginitis.

Palabras clave: Cervicovaginitis, Aptitud clínica, Médico familiar.

¹ Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF 14 IMSS.

² Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS con sede en la UMF 14 IMSS.

³ Médico Residente del curso de especialización en Medicina Familiar. UMF 94 IMSS

1. MARCO TEORICO

La medicina es la ciencia que estudia el proceso “Salud-Enfermedad” del ser humano; se considera como un “arte” ya que exige que el médico integre su conocimiento teórico con el dominio de las técnicas y las relaciones interpersonales que establece con el paciente y sus familiares. ^{1,2}

De tal manera que en el devenir de la historia la enseñanza de la medicina ha pasado por diversas etapas: la primera denominada “**artesanal**”, hace referencia a la relación que se establecía entre el aprendiz y un único maestro, circunstancia que limita el aprendizaje al tener un único referente. Una segunda etapa llamada “**aforísmica**”, en este caso el aprendiz ya cuenta con más de un maestro, recibiendo de ellos consejos y recomendaciones, sin embargo aún no logran organizar sus conocimientos debido a que ésta enseñanza es acrítica. Posteriormente aparece la etapa “**propedéutica**”, donde se propicia la participación y crítica del aprendiz, lo que le permite que construya su propio conocimiento al ritmo y necesidades propias. Finalmente con el avance de la productividad científica y tecnológica el aprendiz ha logrado perfeccionar la sistematización de la teoría con la práctica en el campo de la medicina clínica. ¹

Las primeras seis décadas del siglo pasado dominó dentro de los modelos educativos, la enseñanza pasivo-receptiva, la cual implica que el profesor transmita conocimientos al alumno, fomentando que el alumno tenga como base la memorización, evitando así el cuestionamiento o el reflexionar de lo enseñado. En este mismo camino, a principio de los años sesentas y ante la masificación de la

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis

educación, surge la Tecnología Educativa, fundamentada en la psicología conductista considera al aprendizaje como la modificación en las pautas de conducta del alumno, lo cual se vería reflejado en sus comportamientos posteriores de modo tal que el profesor pasa a ser un verificador de los objetivos educativos, así nacen nuevas técnicas de enseñanza y evaluación que se aplicarían a grupos cada vez mayores.

Actualmente la insatisfacción referida por la sociedad ante la actuación médica, fomentada por la globalización, la crisis económica y el auge de los sistemas de comunicación e informática, han obligado a la educación ha buscar nuevos caminos que respondan a las necesidades actuales y que permita el uso apropiado de la tecnología con el fin de formar profesionistas competentes en cualquier circunstancia. ³

El aprendizaje de la clínica no solo es memorización y actividades dentro de un aula, implica una planificación educativa que garantice la confrontación y reflexión del alumno con la enfermedad y el padecimiento, en un contexto real, usando técnicas didácticas apropiadas a los contenidos que se desean enseñar y que faciliten la expresión de la experiencia personal. En esencia, la práctica clínica debe contemplar: el saber propedéutico, los fundamentos filosóficos, sociológicos, psicológicos y antropológicos de la relación médico-paciente, las bases de la exploración física, el conocimiento nosológico, el procesamiento lógico de los datos, la teoría del diagnóstico y el fundamento de las decisiones terapéuticas. ¹

Como producto de la crisis anteriormente señalada la UNESCO emite en 1998 la “Declaración mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI, visión y acción”, donde se establece que la educación deberá estructurarse en torno a 4 aprendizajes fundamentales:

Aprender a conocer, en donde se privilegia la memorización y razonamiento

Aprender a hacer, llevando el conocimiento a la práctica

Aprender a convivir, intercambio de la percepción, información y experiencia

Aprender a ser, desarrollo paralelo de habilidades intelectuales y afectivas. ³

Tal vez una de las aportaciones más valiosas a la enseñanza de la medicina, es la que ofrecen las teorías cognoscitivistas. Que se centran en el “cómo se aprende”, al sustentar el postulado que señala que es el sujeto quien construye su conocimiento del mundo a partir de su propia acción. De tal manera, el aprendizaje se considera un proceso interactivo y dinámico, donde la información es interpretada y reinterpretada por la mente, que va construyendo progresivamente modelos explicativos de mayor complejidad. El aprender es una complicada tarea que da significados, si se contextualiza en una situación real, ya que se aprende mejor al interactuar con otras personas, con el intercambio constante de información y opiniones. ⁴

Los aspectos teóricos cognoscitivistas aplicables en la enseñanza de la medicina son:

1. Integra el conocimiento con la experiencia para facilitar la comprensión y la crítica de la realidad.

2. Liga el pensamiento crítico y las habilidades de comunicación a las situaciones prácticas.
3. Promueve el aprendizaje autónomo, lo que implica que cada persona planeé, controlé, supervisé y evalúe su propio aprendizaje.
4. Estimula los procesos de razonamiento clínico, el trabajo colaborativo y el estudio autodirigido.
5. Utiliza los mapas conceptuales como una estrategia que incrementa la capacidad de asimilar, procesar y evaluar información. A la vez que desarrollan la creatividad y la capacidad de análisis.
6. Reconoce que cada persona puede percibir y procesar la información, por diferentes vías: visual, auditiva o cinestésica.⁴

En la actualidad nos encontramos inmersos en una transición entre la predominante concepción pasiva de la educación y la emergente educación participativa.⁵

1. *La educación tradicional.* En esta, el papel fundamental del proceso educativo se encuentra centrado en el maestro, y como depositarios del saber los educandos concebidos como “mentes vacías” en espera de ser ocupadas por los conocimientos. Como consecuencia de lo anterior, los esfuerzos de superación son dirigidos a la capacitación y desarrollo del profesor, al suponerse que de su capacidad de transmitir la información, va hacer la capacidad del alumno para retenerla.
2. *La educación participativa.* En esta concepción es el educando quien juega el papel protagónico del proceso educativo; por lo mismo, el énfasis recae

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis en su aprendizaje y desarrollo de capacidades. Por ello el profesor promueve y orienta la participación crítica del alumno. ⁶

La posibilidad de transformación del educador y del educando depende de un cambio correlativo en la idea del conocimiento y su elaboración. ⁷

Cuadro 1 Diferencias entre dos Prácticas Educativas.

COMPONENTE	VISION PASIVA (TRADICIONAL)	VISION PARTICIPATIVA
Proceso del conocimiento	Es fundamentalmente el consumo de información.	Es básicamente la elaboración a partir de la información.
Fuentes del conocimiento	Las fuentes reconocidas por los expertos es equiparable a conocimiento.	La información es materia prima que debe de ser transformada para convertirse en conocimiento.
Acceso al conocimiento	Es dependiente del poder de compra del consumidor.	Depende del grado de elaboración del sujeto cognoscente.
Disponibilidad de conocimiento	Es una mercancía disponible para cualquier consumidor (acceso indiscriminado).	Es de acceso selectivo, es conocible aquello que es relevante a la situación de conocimiento
Oportunidad de conocimiento	Las situaciones de conocimiento son propias de los especialistas, en espacios controlados, y de excepción.	Las situaciones de conocimiento surgen cuando la experiencia se transforma con la reflexión y un carácter cuestionador.
Concepto del conocimiento	El nuevo conocimiento es un descubrimiento (lo nunca antes visto).	El conocimiento es en principio un producto original de la elaboración de cada quien.
Aspiraciones del conocimiento	Aspira a la validez universal, "la verdad", que trasciende las diferencias históricas, sociales y culturales existentes.	Aspira a la pertinencia empírica, lo primero es influir en el ambiente donde surge sin renunciar a ámbitos de influencia más vastos

Fuente: Viniestra VL. Materiales para una crítica de la educación.

La educación de la enseñanza en medicina ha utilizado ambientes formales y escolarizados, pero la vida del médico está llena de acciones de aprendizaje informales, relacionadas con el ejercicio diario de la clínica y poco sabemos sobre los procesos utilizados por los mismos para generar, seleccionar, asimilar y verificar el conocimiento en la práctica clínica real. No se trata de renunciar a la

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis
educación formal; sino de ampliar sus horizontes para responder a las demandas
de la época.⁸

Con frecuencia el proceso educativo es pasivo, sin vínculo con el quehacer médico diario, y en el mejor de los casos solo propicia el acúmulo de la información sin criticar su valor, desestimando la experiencia personal, en cambio la visión participativa del aprendizaje promueve que el médico vincule sus actividades cotidianas con sus conocimientos previos, propicia la reflexión, la autocrítica, y que discuta e indague el conocimiento establecido, se promueve que los alumnos externen propuestas a partir de su propia experiencia, para mejorar lo que se hace, lo cual los involucra en la solución de los problemas que enfrentan, los motiva para indagar las dudas surgidas y les facilita profundizar en el desarrollo de sus habilidades.⁹

Aceptando que el objetivo principal de la Educación Médica, es “capacitar a médicos a fin de que resuelvan los problemas de salud a los que se enfrentan”, en la actualidad uno de los métodos más aceptados para la enseñanza de la medicina es la integración básico-clínica que desarrolla el razonamiento clínico y la promoción de hábitos de estudio. Este método de aprendizaje se basa en el uso de problemas clínicos reales, también llamados viñetas.^{10, 11}

Este método está sustentado en las teorías constructivistas del aprendizaje y consideran tres factores principales para lograr el aprendizaje por medio de situaciones problematizadas:

1. Movilizan el conocimiento previo relacionado con el contenido expuesto, para entender y estructurar la información acerca del problema.
2. El contenido del problema se presenta como un reto y debe ser representativo del contexto en el cual han de aplicarse los conocimientos. En la búsqueda constante de información adquiere hábitos de estudio que le facilitan el aprendizaje.
3. Elaboración del conocimiento, se refiere a que la información es mejor comprendida y recordada si el médico tiene la oportunidad de discutirla con otros, hacer preguntas, formular hipótesis, analizar, si se logra esto, es más difícil que lo olviden. ¹⁰

El aprendizaje mediante el uso de problemas, requiere del médico un mayor esfuerzo, pues se le presenta el problema, para que exploren sus propios conocimientos para primero determinar qué es lo que sabe y lo que no sabe, posteriormente investiga y estudia la información que necesita, y al final elabora los conocimientos para aplicarlos a la solución del problema, el educador se encarga de aclarar sus dudas y de ayudarlo a profundizar en los conocimientos que elaboró a través del trabajo con el problema. ¹⁰

Los médicos elaboran un nuevo conocimiento e identifican su utilidad práctica mediante la aplicación al problema en su contexto real. Así, se modifica el conocimiento previo y se reorganiza su estructura cognoscitiva, esto significa que se ha llevado a cabo el aprendizaje. Las actividades que desempeñan para adquirir el aprendizaje están relacionadas con las que realizan durante la práctica

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis profesional, esto es, al darse la entrevista clínica el médico indaga para obtener datos sobre el padecimiento del paciente, esta información es un estímulo para que se active su conocimiento previo, éste es el recurso mental que utiliza para identificar los problemas y la forma en que serán solucionados. Si el médico cuenta con los conocimientos básicos y clínicos suficientes, podrá realizar su tarea con éxito, si no es así, el resultado será erróneo. ¹⁰

El aprendizaje de los grupos de profesionales en el ejercicio mismo de su actividad es un terreno casi intocado, y tal hecho resulta asombroso porque en la época moderna el conocimiento avanzado está entretejido con el conjunto de la actividad social. ⁸

EVALUACIÓN

Si se aspira a un cambio sustancial de la educación, no debemos dejar de lado la evaluación como medio para valorar los alcances y límites de dichos procesos educativos. Un concepto sencillo de evaluación es el comparar una medida con un estándar o patrón y emitir un juicio valorativo. La evaluación como expresión de los valores prevalecientes de la cultura y la educación, nos lleva al conocimiento de una realidad educativa, por lo que continuará siendo un gran desafío para los educadores debido a las modificaciones que sufren los educandos como resultado de su exposición a múltiples experiencias en su aprender. Se debe tener en mente que en ausencia de medios de evaluación apropiados, cualquier orientación educativa se verá impedida para valorar sus alcances y límites, condenándose a la repetición y a la rutina. ^{2, 11, 12}

Ningún sistema es suficiente para identificar el grado de aprendizaje ocasionado por las tareas educativas, pero es indispensable reconocer que es a través de la evaluación y de los instrumentos elaborados para ello, como se hacen patentes los avances y limitaciones de la práctica educativa, para estar en posibilidades de propiciar la superación de dichas tareas. El papel que desempeña la evaluación en el proceso de formación de los profesionales de la salud tiene implicaciones muy profundas; por esta razón, los instrumentos de evaluación deben ocupar un lugar privilegiado.¹⁰

APTITUD CLINICA

La aptitud (del Latín *aptus* = capaz para) entendida como la capacidad de una persona para realizar adecuadamente una tarea,¹³ en la clínica constituye una parte trascendental del desempeño de los profesionales de la salud, se expresa en el grado de pericia de los médicos para afrontar con éxito problemas clínicos con base en la reflexión y la crítica aplicadas a distintas situaciones clínicas; es decir constituye el conjunto de capacidades involucradas con la detección y resolución de problemas clínicos suscitados en la práctica médica cotidiana, en sus aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.¹⁰

Los componentes evaluados más frecuentemente de la aptitud clínica son:

- Habilidad para reconocer e indagar los factores de riesgo, redes de apoyo, indicios clínicos de gravedad y pronóstico del padecer del enfermo.
- Habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas, la más apropiada y la que brinde una visión totalizadora del paciente.

- Habilidad en la apropiada selección e interpretación de los exámenes de laboratorio y gabinete, lo que contrasta con el uso indiscriminado de los mismos.
- Habilidad para efectuar acciones preventivas o terapéuticas encaminadas a conservar o recuperar la salud. Esto comprende la elección de cierto recurso terapéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor disponibilidad y su menor costo o su mayor facilidad de administración.
- Habilidad para seleccionar lo procedente (beneficios) de lo improcedente (riesgos).
- Habilidad para reconocer factores pronósticos y de gravedad.
- Disposición para propiciar la interconsulta con otros colegas.^{2, 5, 11, 14}

En otros estudios donde se evalúa la aptitud clínica dirigida a la atención de familias disfuncionales, tomando en cuenta el modelo integrador de salud familiar, podemos rescatar otro tipo de componentes:

- Indagación: alude a la capacidad del médico para sondear, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas, los factores que intervienen en la disfunción familiar.
- Interpretación: trata del uso pertinente de recursos diagnósticos, del manejo de pruebas clínicas, del uso de instrumentos de la funcionalidad de la familia y de la guía para elaborar estudios integrales de salud familiar.
- Orientación: exige una capacidad del médico para juzgar la pertinencia de las decisiones, saber usar los recursos terapéuticos necesarios y

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis
jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica,
psicológica y social del proceso salud enfermedad. ¹⁵

Así entonces, este nivel de aptitud clínica estará determinada por diversas variables:

- Características sociodemográficas:
 - Sexo.
 - Edad.
- Condiciones laborales:
 - Grado de estudios o tiempo de exposición académica.
 - Antigüedad en la práctica profesional.
 - Tipo de contratación. ¹⁴

La evaluación de la aptitud clínica como eje de análisis se debe a que su estudio revela el tipo de experiencia a la que han estado expuesto los médicos, como un indicador del ambiente académico. ⁹ Para evaluar la aptitud clínica, una de las mejores estrategias es la que utiliza la indagación estructurada con base en lo que llamamos problematización de las situaciones clínicas, en donde el evaluado debe poner en juego su propio criterio al reconocer las particularidades de cada situación clínica que se propone, identificar las alternativas posibles, con fines de prevención, diagnóstico tratamiento y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas o beneficiosas, de las inapropiadas, inútiles, extemporáneas, inconvenientes o perjudiciales. Es en este sentido que los

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis
instrumentos de medición de la aptitud clínica nos permiten reconstruir la experiencia de aprendizaje de quien responde.^{2, 10}

Los instrumentos para medir la aptitud clínica con opciones de tipo verdadero, falso y no sé, permiten explorar con mayor profundidad su aptitud, ya que el médico necesita recurrir a su experiencia para decidir sus respuestas, enjuiciando y proponiendo alternativas, además con dichos instrumentos se alcanza mayor índice de discriminación y se disminuyen las respuestas al azar. Lo anterior cobra sentido cuando lo que importa medir son las decisiones apropiadas y los errores que se cometen, más que la suma de los aciertos que se recuperan de la información retenida. Desde esta perspectiva tomar decisiones acertadas se traduce en beneficio para el paciente; las equivocadas implican daños potenciales al mismo. A esto se refieren los términos de iatropatogenia por comisión y por omisión, en función de cuando se toman decisiones erróneas en el caso del primero, y cuando no se realizan aquellas que pudieran resultar benéficas para el paciente en el caso del segundo enunciado.^{2, 6}

Contemplar el otorgar la oportunidad al educando o al médico evaluado de decir no sé, resulta fundamental y lo conduce a recapacitar acerca de sus limitaciones; propicia aplazar la decisión en tanto no se realicen las indagaciones necesarias para tomar medidas sustentadas en la mejor evidencia. La respuesta no sé, da justicia al proceso de evaluación debido a que no resta ni suma puntos y no obliga al participante a contestar todos los enunciados como si supiera. Dado que estos instrumentos valoran las decisiones respecto al caso en particular donde se

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis ponderan beneficios menos riesgos o daños potenciales, las posibles calificaciones negativas no significan que no se sabe nada o que se desaprendió, sino que existen más decisiones equivocadas que apropiadas. Un beneficio adicional con este tipo de instrumentos es evaluar el tipo de decisiones clínica con criterio más que con apego a las normas.²

Debemos entonces avanzar en la concepción y en la práctica de una evaluación que considere un medio para observar el desarrollo de las aptitudes que hacen de la práctica profesional, una actividad reflexiva en la que se aprenda a dudar, indagar, cuestionar, proponer y emprender un camino de superación permanente para mejorar el sistema educativo.¹⁶

La educación médica en nuestro medio enfrenta problemas que se agudizarán en un futuro cercano si lleva el mismo camino, si no se modifican las estrategias que desarrolla a fin de satisfacer las expectativas individuales y colectivas que en ella se depositan. Se trata de que la educación y el cambio en el tipo de aprendizaje contribuyan con su parte a mejorar la atención a la salud y la calidad de vida de los pacientes.¹⁷

CERVICOVAGINITIS

Las cervicovaginitis son un grupo de enfermedades caracterizadas por la inflamación de la mucosa vaginal y cervical, asociada a la presencia de flujo vaginal y que sustentan el diagnóstico ginecológico más frecuente en mujeres en edad reproductiva que asisten a las unidades de primer contacto.¹⁸ Este

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis padecimiento forma parte de los 16 principales motivos de consulta de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.¹⁹ Dentro de las más frecuentes encontramos la Vaginosis Bacteriana, la Candidiasis y la Tricomoniasis, que constituyen hasta un 90 % del total de cervicovaginitis de causa infecciosa.²⁰ Los factores de riesgo para adquirir cervicovaginitis son: el embarazo y uso de anticonceptivos hormonales (elevada concentración de estrógenos), múltiples parejas sexuales (más de tres), ser portador de Diabetes Mellitus (trastorno metabólico que alcaliniza el pH vaginal), uso de antibióticos sistémicos o locales (supresión de lactobacilos de la flora normal), realizar duchas vaginales (barrido mecánico de la flora normal), uso indiscriminado de tampones y pantiprotectores, higiene ano-genital deficiente ó falta de secado de genitales y el uso de ropa sintética y/o ajustada.²¹

A continuación se presenta una descripción de las principales cervicovaginitis:

VAGINOSIS BACTERIANA

Es una infección cervicovaginal muy común, ocasionada por bacterias, y que puede estar presente en ausencia de datos clínicos, o cursar con incremento del fluido vaginal.²²

A pesar de ser un padecimiento infeccioso, no está reportado dentro de las enfermedades reportadas en la Dirección General de Epidemiología²³, por lo que la frecuencia real del padecimiento en México se desconoce con exactitud. Se refiere que junto con la candidiasis urogenital, son las causas más comunes de cervicovaginitis, independientemente de los hábitos y costumbres sexuales de las pacientes. Se encuentra en predominio discreto en embarazadas.²²

Gardnerella vaginalis es una de las bacterias involucradas en esta patología; sin embargo forma parte de la biota vaginal. Aunque no se ha considerado como infección de transmisión sexual, esto se ha puesto en duda, al aislar el germen a partir de las parejas sexuales, además de que tiene una alta prevalencia en mujeres que tienen actividad sexual en comparación con las que aún no la han iniciado. Sin embargo, no puede negarse la participación de *G. vaginalis* y anaerobios dentro de las causas de cervicovaginitis en pacientes núbiles.²²

Son factores predisponentes las múltiples parejas sexuales, no así la frecuencia del coito, el uso de DIU, el uso de antibióticos que inciden sobre la flora normal, las posmenopausia (por la insuficiente producción de estrógenos que propicia el crecimiento bacteriano normal). El uso de anticonceptivos locales como el nonoxinol-9 puede proteger contra la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis.

Dentro de la Etiopatogenia se ha observado un aumento importante en la concentración de *Gardnerella vaginalis* y de bacterias anaerobias presentes en la vagina, tales como: *Bacteroides* sp, *Peptostreptococcus* sp, *Mobiluncus* sp, *Propionibacterium* sp, *Eubacterium*; permitiendo un desequilibrio en la microflora vaginal normal, con la consecuente desaparición de la flora lactobacilar (productora de ácido láctico), de forma secundaria se presentan variaciones del pH vaginal, se vencen los efectos restrictivos de la flora normal, que junto con el aumento de sustrato, permiten la proliferación masiva de anaerobios y de *G. vaginalis*.^{22, 24}

Hay liberación de aminas aromáticas entre las cuales resaltan: trimetilamina, histamina, putrecina, cadaverina, isobutilamina, espermidina, lo cual le confiere al fluido vaginal un "olor a pescado". No se conoce su papel con exactitud, pero se cree que influyen importantemente en el cuadro clínico, ya que la cadaverina, la fenerilamina y metilamina pueden irritar la piel. La isobutilamina puede causar eritema y ampollas. En el caso de la histamina ésta tiene diversas acciones como dilatación e incremento de la permeabilidad de la microcirculación y la trimetilamina es responsable en gran parte del "olor a pescado".²²

Amsel y cols., establecieron criterios para efectuar el diagnóstico clínico, en donde si cumple 3 de los 4 criterios se considera un caso de Vaginosis bacteriana:^{23, 25, 26}

1. El pH debe ser mayor a 4.5, debido a la presencia de diaminas.
2. Presencia de fluido transvaginal, homogéneo, grisáceo.
3. Prueba de liberación de aminas positivas. El mal olor de la secreción se detecta de manera importante después de las relaciones sexuales, ya que el fluido seminal es alcalino y provoca liberación de aminas y ácidos grasos. Artificialmente esta se lleva a cabo al mezclar la secreción vaginal 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".
4. Presencia de células guía en el examen en fresco. Con la paciente en posición ginecológica, con un espejo vaginal sin lubricantes, se toman muestras de paredes vaginales; se hace un examen en fresco en donde se observarán las células guía, se caracterizan por ser células epiteliales en

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis cuya superficie tienen adheridas gran cantidad de bacterias. Estas se detectan diluyendo la secreción en 1 ml de solución salina y se observa al microscopio a 40x.²⁴ En ocasiones, a pesar de que la paciente presenta leucorrea fétida, con pH alterado, no se aprecian las células guía, y esto es debido probablemente a que las pacientes presentan un proceso crónico y por consiguiente hay producción de inmunoglobulina A local, la cual bloquea la adhesión de las bacterias a la célula.²²

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 aplicar los criterios de Amsel para llegar al diagnóstico de precisión.²⁷

En lo que concierne a los estudios de diagnóstico, encontramos las muestras cervicovaginales, las técnicas inmunológicas y la identificación microbiológica por tinción directa de la secreción y cultivo de la misma, aunque generalmente se prefiere iniciar con el tratamiento antes de identificar al agente causal.²⁶

Dentro de las complicaciones, la vaginosis bacteriana puede comportarse como cofactor que facilita la expresión de oncógenos virales, sobre todo con los papilomavirus humanos (VPH). La endometritis, enfermedad pélvica inflamatoria, la salpingitis, las infecciones de vías urinarias recurrentes, la infección de cúpula y

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis de tejidos blandos posteriores a una histerectomía, también son complicaciones severas que se han observado por la participación de anaerobios.^{22, 28}

Durante el embarazo se asocia a cuadros de corioamnionitis, Ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino. La endometritis postparto o postcesárea, es también un evento que se puede presentar y complicar el puerperio.^{22, 28}

La balanopostitis es una complicación de infección por *G. vaginalis* en el hombre.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Siempre ha sido controversial debido a que los gérmenes implicados son parte integrante de la flora normal. El tratamiento continúa siendo desalentador por el alto grado de infección recurrente; se comenta las posibles causas de este problema podrían ser: reinfección, recurrencia, falla en el reestablecimiento de la flora lactobacilar o persistencia de otra causa relacionada con el huésped que lo haga susceptible a recurrencia.²²

Los antimicrobianos van a actuar disminuyendo la concentración microbiana de gérmenes rompiendo el sinergismo existente permitiendo el crecimiento de lactobacilos y de esta forma reestablecer el microambiente vaginal. El fármaco de elección es el metronidazol, sus dosis varían de 800 a 1200 mg/día y otros autores proponen la ingesta de una sola dosis de 2 g de metronidazol o sus derivados como el tinidazol (aunque con el último esquema hay mayor tasa de recurrencias).

Los óvulos o tabletas intravaginales aplicadas durante una semana, han sido otra de las alternativas de la administración de metronidazol; la eficiencia reportada es de 71 a 90%. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sugieren metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas durante 7 días como mínimo.^{18, 20, 22}

La clindamicina es igualmente eficaz que el metronidazol, sólo que su espectro de acción es más amplio ya que actúa contra bacterias aerobias además de diversos anaerobios. Se emplea en dosis de 300 mg dos veces al día por siete días. A diferencia del metronidazol no cruza la barrera hematoencefálica por lo que se recomienda que durante el embarazo se utilice la en crema intravaginal al 2% con resultados satisfactorios. ^{22, 28, 29.}

CANDIDIASIS VAGINAL

Es una infección que afecta al tracto genital bajo, vulva, vagina y cuello uterino, producida por Cándida, aunque otras especies de hongo pueden ser el agente etiológico. Ocupa el segundo lugar de las causas más frecuentes de infección genital en el mundo. En México, la Dirección General de Epidemiología reportó en el 2005, un total de 356 491 casos de candidiasis urogenital, presentándose con mayor frecuencia en los grupos de 25 a 44 años y en el de 20 a 24 años. ²³

Es producida por levaduras del género Cándida, en donde predomina la especie albicans. Hay otras especies como Glabrata lo cual es necesario conocer ya que es factible que estas especies así como otras, sean resistentes a los antimicóticos convencionales. Estos gérmenes son parte integrante de la flora habitual que coloniza tanto el trayecto intestinal como la vagina, lo cual hace que su control se vuelva más difícil. La colonización de Cándida a nivel vaginal no necesariamente representa un problema; de hecho hay pacientes en donde se encuentra a través de un examen en fresco o un cultivo y no hay manifestaciones clínicas. Sin embargo para que ésta se considere como un trastorno de la salud, debemos

tener en cuenta que hay factores de virulencia del germen y características del hospedero que influye en la génesis de la enfermedad entre las que podríamos mencionar: Diabetes Mellitus, el embarazo, uso de terapia antimicrobiana oral y/o sistémica, la elevada frecuencia del coito, un alto contenido de estrógenos en anticonceptivos orales, uso de medicamentos inmunosupresores presencia de enfermedades de transmisión sexual ó inmunodeficiencias concomitantes.²²

Los datos clínicos incluyen prurito vulvar intenso, ardor, dispareunia, flujo vaginal aumentado, que puede ser grumoso con aspecto de "requesón",²⁴ ó en el embarazo, fluido, incrementado, blanco lechoso, que inclusive por sus características es factible confundirlo con RPM, por lo que conviene realizar el diagnóstico diferencial.²² A la exploración física del área genital se aprecia edema, eritema y huellas de rascado, en ocasiones las lesiones se diseminan hacia el periné, área perianal y zona inguinocrural; esto más frecuente en obesas o diabéticas. En la especuloscopia se aprecia inflamación con fluido vaginal adherente; a veces al retirar las placas se presenta un sangrado fino. La sintomatología suele agravarse días antes de que la menstruación se presente. En el caso de la(s) pareja(s) sexual(es) de la paciente, se llega a encontrar a nivel de glande, pequeñas lesiones, puntiformes, rojizas y pruriginosas.²²

Conviene tomar el pH del líquido vaginal, hacer las pruebas de hidróxido de potasio (KOH) al 10%, no para visualizar las levaduras o pseudomicelios, sino para corroborar que no hay liberación de aminos. El examen en fresco, el cual se hace tomando una muestra del tercio medio de las paredes vaginales y se diluye

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis en 1 ml de solución salina al 0.9% y se observa al microscopio óptico a 40 X, con la presencia de levaduras y/o pseudomicelios. El cultivo de la muestra de la secreción en medio PDA Nickerson o Biggy, ratifica la aparición de levaduras.²⁸

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los tratamientos indicados pueden ser locales o sistémicos. Se utilizan dos grupos de fármacos: los derivados poliénicos y los derivados de 5-nitroimidazoles.

LOCAL:

- Miconazol: 100 mg intravaginal cada 24 horas por 15 días.
- Clotrimazol: 100 mg intravaginal durante 6 días.
- Nistatina: 100 000 UI cada 24 horas por 14 días.
- Isoconazol: 600 mg dosis única.

SISTÉMICO:

- Itraconazol: 200 mg cada 24 horas por 3 días ó 100mg cada 24 horas por 15 días vía oral.
- Ketoconazol: 200 mg cada 12 horas por 3-5 días vía oral.
- Fluconazol: 150 mg dosis única.^{18, 20, 22}

En caso de Candidiasis recurrente es necesario evaluar la adherencia terapéutica, enfermedades concomitantes como la Diabetes Mellitus, inmunodeficiencia de cualquier tipo, incluyendo la ocasionada por el VIH, problemas alérgicos, hábitos higiénicos y del vestido, infección de la pareja (s), cambios climáticos e infecciones concomitantes de transmisión sexual como la infección por el VPH.^{20, 22}

TRICOMONIASIS

Esta infección se considera clásicamente como una enfermedad de transmisión sexual,²⁰ y siempre obligará al médico a investigar otro tipo de padecimientos que se transmiten de igual manera y que están relacionados con la promiscuidad, entre ellos la sífilis y la infección por el VIH.²² Si el diagnóstico se hace en niñas, es necesario descartar abuso sexual. En el año 2005 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica reportó 174 826 casos en toda la República Mexicana.²³

Es producida por *Trichomona vaginalis*, un protozooario flagelado, ovoide móvil que mide de 10-20 micrómetros, su motilidad es dada por cuatro flagelos ubicados en la parte anterior y además la membrana ondulante. Puede adherirse fácilmente al epitelio vaginal por medio de adhesinas y además sus factores de virulencia. No desencadena inmunidad permanente, por lo que son factibles las reinfecciones que por lo general son asintomáticas, aún más en el hombre.^{22, 25}

Por lo general el cuadro clínico 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 además, de lo anteriormente referido, 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. A la especuloscopia se aprecia vagina en empedrado y cérvix con aspecto de fresa, esto a causa de la dilatación capilar y las hemorragias

Aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo de la Cervicovaginitis puntiformes; generalmente el endocérnix no muestra afección y si es así, se encuentra una cervicitis mucopurulenta; es importante considerar que coexista una infección por *Chlamydia trachomatis* y/o *Neisseria gonorrhoeae*, que en toda circunstancia deberá descartarse.^{22, 24, 25}

El diagnóstico debe basarse en los hallazgos clínicos y en el examen en fresco en donde al hacer una mezcla de la secreción vaginal con 1 ml de solución salina al 0.9% se podrá apreciar al parásito móvil por medio de microscopio. Se puede utilizar también la tinción con naranja de acridina Giemsa, tinción de Papanicolaou o anticuerpos monoclonales fluorescentes. Los cultivos en medio de Diamond tienen un 95% de sensibilidad. Actualmente se están tratando de utilizar nuevas técnicas como la inmunovaloración enzimática o inmunofluorescencia directa, así como la prueba de hibridación in situ o la reacción en cadena de polimerasa. La microscopía electrónica es para conocer el morfotipo de las tricomonas.^{22, 25}

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los 5-nitroimidazoles son los mejores agentes para tratar la tricomoniasis en especial el metronidazol. Es recomendable administrar 500 mg cada doce horas durante siete días o dosis únicas de 2 g de metronidazol, tinidazol y ornidazol que también han sido efectivos. Cuando el o la paciente no curan, es recomendable prolongar y dar dosis más altas del medicamento; incluso se puede dar por vía oral y local simultáneamente a través de óvulos vaginales de metronidazol de 500 mg cada 24 horas por siete a diez días. Debe ser cuidadosamente seleccionado ya que pueden presentarse parestesias, neutropenia e hipersensibilidad.^{18, 20, 25}

En el embarazo, sobre todo en el primer trimestre se puede utilizar el clotrimazol local en forma de óvulos de 0.100g, un comprimido vaginal cada 24 horas durante 7 días. Hay que evaluar nuevamente a la paciente ya que aún cuando el clotrimazol es útil, no es eficaz del todo. Pasando el primer trimestre de la gestación y valorando riesgo-beneficio se podría administrar el metronidazol en las dosis previamente señaladas.²² Esta conducta se puede sustentar en base a que la infección por *Trichomonas vaginalis* está relacionada a trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas e infecciones postquirúrgicas de la porción superior del aparato reproductor. Para evitar estas complicaciones es necesario hacer una búsqueda intencionada de este parásito en mujeres con embarazo, aquellas expuestas a procedimientos ginecológicos y obstétricos de alto riesgo y sobre todo en quienes tengan actividades sexuales de alto riesgo.²² Siempre se debe considerar el manejo de la(s) pareja(s) sexual(es) de la paciente ya que esta infección está relacionada con patología masculina genital, también de severas complicaciones.^{18, 20, 22}

En los tres casos anteriores se considerará como *Curación* si la mujer refiere que las manifestaciones clínicas remitieron al término del tratamiento y si a la revisión al mes postratamiento la exploración vaginal es normal, entonces no se requerirá continuar el seguimiento.¹⁸ En el Cuadro 2 se presentan resumidos los hallazgos clínicos y paraclínicos de las cervicovaginitis antes descritas y se aprecian los tratamientos de primera y segunda elección para cada caso en particular.

PREVENCION

La rutina genital de control se refiere a todas las acciones cotidianas que ayudan a mejorar la higiene anogenital de la mujer, cuyos objetivos son apoyar el tratamiento antimicrobiano, disminuir la concentración de la flora microbiana anogenital, disminuir la humedad regional y mejorar la higiene sexual¹⁸, son las siguientes:

- Baño Diario.
- Enjuague anogenital al medio día y de preferencia con cambio de ropa interior.
- Uso de toallas sanitarias solo en la menstruación y flujo vaginal abundante.
- Baño o aseo genital después de tener relaciones sexuales.
- Evitar relaciones sexuales, durante el tratamiento de la cervicovaginitis.²²

Una vez resuelto el cuadro, es importante enfatizar las medidas generales para la prevención posterior al cuadro agudo, a continuación se muestra una lista de ellas:

- Baño y cambio de ropa interior diario.
- Uso de ropa interior con puente de algodón.
- Evitar el uso diario de pantiprotectores y tampones.
- No realizarse duchas vaginales.
- Enjuague anogenital después de defecar.
- Uso de preservativos, durante la actividad sexual riesgosa (pareja bisexual, existencia de lesiones genitales en la pareja, sexo anal).
- Evitar actividad sexual con múltiples parejas.
- Aprovechar la toma de citología cervicovaginal y la revisión del dispositivo intrauterino (DIU), para la detección temprana de enfermedad vaginal.²²

Cuadro 2 Diagnóstico y Tratamiento para las Cervicovaginitis por Bacterias, Cándida y Trichomona.

ETIOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS DE FLUJO				SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN FÍSICA			LABORATORIO			TRATAMIENTO	
	Color	Olor	Cantidad	Consistencia	Ardor	Prurito	Vulva	Vagina	Cérvix	pH	Frotis	Aminas	1ª elección	2ª elección
Bacteriana <u>Gardnerella V.</u> Mobiluncus sp. Mycoplasmas Bacteroides sp.	Blanquecina grisácea Amarillenta	Fétida más poscoital y al menstruar	Escasa	Delgada Homogénea	Leve ó Ausente	Leve ó Ausente	Sin datos patológicos	Hiperemia (leve) ó Sin datos patológicos	Hiperemia (leve) ó Sin datos patológicos	≥ 4.5	Cocobacilos o células clave ó guía	Positiva (olor a pescado)	Metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 7 días	Metronidazol 500 mg c/24 horas vía vaginal por 7 días
													No se ha mostrado utilidad en tratar a la pareja	
Micótica Cándida sp. C. Albicans C. Glabrata.	Blanquecina	Sin olor	Escasa Ausente	grumosa como requesón	Ausente	Intenso	Signos de rascado	Hiperemia (leve)	Hiperemia (leve)	4.5 ó normal	Hifas o levadura	Negativa	Itraconazol 200 mg c/24 horas vía oral por 3 días	Nistatina 100 000 U c/24 horas vía vaginal por 14 días
				En el embarazo es fluida		Se agrava antes de menstruar	Lesiones diseminada a periné	Fluido vaginal adherente	ó Sin datos patológicos				Tratar a la pareja para mejorar la tasa de curación	
Trichomona <u>Trichomona V.</u>	Verde Amarillenta	Muy Fétida	Moderada a Abundante	Delgada burbujas	Leve a Moderado	Leve ó ausente	Inflamación Hiperemia (sobre labios mayores y menores)	Hiperemia (intensa) Puntillero hemorrágico	Hiperemia (intensa) Puntillero hemorrágico aspecto de "fresa"	≥ 4.5	Flagelados	Negativa	Metronidazol 500 mg c/12 horas vía oral por 7 días	Metronidazol 500 mg c/24 horas vía vaginal por 7 días
													Tratar simultáneamente a la pareja	

Fuente: 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29.

MEDICINA FAMILIAR

La Medicina Familiar surge en respuesta a necesidades de salud, sociales y culturales de todo el mundo. Una de las bases que impulsaron la creación de la Medicina Familiar se encuentra la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAPEM), que entre 1972 y 1975 crearon un programa de promoción de la enseñanza de la “medicina comunitaria” e incluía siete universidades. Cuyo objetivo era formar recursos humanos pertinentes a la necesidad de los países que los formaban, además de acercar la enseñanza médica a los servicios de Salud. Para 1978 se decide la formación de un programa aplicativo con la finalidad de determinar las características que debía cumplir un médico familiar, éste se llevó a cabo en 5 países en manera de seminarios y se nombró “Programa Transicional”. En 1981 se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), que después cambio a Confederación Iberoamericana para la Medicina Familiar, la formaban representantes de Canadá, EUA, México, Venezuela, Argentina.^{30, 31}

México fue el primer país de América latina que incorporó el modelo en 1971, dos años después de que EU aprobara la especialidad, el IMSS, tomo la decisión política de organizar un sistema y creo el curso de especialización en Medicina Familiar. En 1974 la UNAM otorga el reconocimiento académico de la disciplina con lo que se consolida la especialidad. En 1975 se crea el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica. En 1980 la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina Familiar. En 1988 se creo el Consejo Mexicano de Certificación de

Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento más importante, realizando certificación de médicos a partir de ese año y de manera ininterrumpida.^{30, 31}

En 1994 se constituyó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (CMMF), la Sociedad Morelense de Medicina Familiar es una de las sociedades fundadoras del colegio. Para el año de 1996 se ingreso la CMMF a la Confederación Iberoamericana y finalmente después de 10 años de esfuerzos, en el año 2002 el Colegio Mexicano ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio WONCA.³⁰

La practica de la Medicina Familiar en México ha sido afectada por la transición económica, epidemiológica, demográfica y cultural. Esta especialidad enfatiza la importancia que tiene la relación médico-paciente para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y a su vez de los prestadores de salud, así también resalta la importancia de la educación para la salud como elemento fundamental para prevenir y resolver los principales problemas de salud y modificar favorablemente los patrones culturales de las poblaciones para la adquisición de una cultura de salud positiva como recurso para enfrentar la crisis actual que vive la Medicina en nuestro país. Existen otras especialidades y subespecialidades, que se dirigen al estudio de enfermedades específicas y no poseen la perspectiva necesaria para cuidar de la persona razón de ser de la Medicina Familiar.³²

Tomando en cuenta lo anterior es que la ciencia médica retoma como objeto de estudio a la familia. El Médico Familiar se enfrenta entonces al problema de

modificar un modelo de atención con un enfoque puramente biológico, en otro de tipo integrador, el cual considera al individuo como una unidad biopsicosocial.

Partiendo de este hecho, y considerando que el médico familiar cumple con todas las actividades que se le han destinado, se puede concluir que esta especialidad es un arma para el médico clínico, en bien de tener una aptitud clínica que lleve a brindar una atención integral a cualquier tipo de paciente. Esta aseveración es el argumento que sustenta la diferencia entre médicos con y sin especialidad, no es exclusivo de la medicina familiar sino en un contexto general de todos los clínicos, es por esto que trasciende en el quehacer diario de los mismos el hecho de tener una formación de postgrado.

2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En la revisión de la literatura, no se encuentra un estudio que mida la aptitud clínica de los médicos en lo referente al manejo de las cervicovaginitis más

frecuentes, que sin duda forman parte importante de la consulta diaria en las unidades de primer nivel de atención, por lo que se mencionara algunos otros relacionados con la variable a estudiar.

En el año 2003, García Mangas y Viniegra evaluaron la aptitud clínica para la resolución de problemas concernientes a Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, en 693 residentes de Medicina Familiar (298 de primero, 240 de segundo y 155 de tercer año) con el objetivo de explorar en que medida los años de estudios influía en el refinamiento clínico, obteniendo una calificación promedio baja independientemente del grado académico. Con lo que concluyen que la aptitud clínica no cambia con los años de experiencia en este grupo. ¹¹

Sin embargo estos mismos investigadores, en el año 2004 realizaron el único estudio longitudinal acerca de aptitud clínica encontrado en la literatura nacional. El objetivo de este estudio fue evaluar la aptitud clínica sobre los 12 padecimientos más frecuentes en unidades de medicina familiar a lo largo de la formación de 191 residentes de medicina familiar, la medición inicial se realizó al principio del primer año académico y la medición final al término del tercer año. Los resultados muestran que la aptitud clínica de los residentes mejoró al término del tercer año. Desafortunadamente esta mejoría no se calificó como satisfactoria desde la perspectiva educativa, ya que fue mínima. ¹⁷

Al igual que el caso anterior, Soler Huerta y cols. En el 2005, encontraron una aptitud clínica para el manejo de patologías frecuentes en Medicina Familiar,

Medicina Interna, Pediatría y Gineco-obstetricia, en general baja, tomando como muestra un grupo de 35 residentes de primer año de medicina familiar de Veracruz.⁶

En el año 2005, Cabrera Pivaral y cols. evaluaron la aptitud clínica de 101 médicos familiares acerca del manejo de la Nefropatía diabética. Estableciendo como variables de intervención sexo, edad, especialidad en Medicina familiar, tipo de contrato y el tiempo de ejercicio profesional. Sus resultados reportan una aptitud clínica regular y las variables de intervención parecieron no influir sobre esta.¹⁴

En Monterrey (2005) se llevo acabo un estudio en una unidad de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde Cortés y cols. compararon la aptitud clínica de médicos adscritos y residentes de Gineco-obstetricia para el manejo de patologías de su área. Los resultados demuestran una diferencia favorable para los médicos adscritos sobre aquellos en formación, pero que de manera global obtuvieron un nivel de aptitud clínica bajo. Demostraron que los años de formación académica influyen de forma positiva para una mejor aptitud clínica, pero sin llegar a ser satisfactoria en términos de desarrollo educativo.³³

García Mangas y cols. en el 2005 estudiaron la aptitud clínica en el manejo de 12 patologías frecuentes en la práctica diaria, en 499 médicos de unidades de primer nivel de atención, con funciones de médicos de consultorio (con y sin especialidad) y aquellos con funciones de jefes de departamento clínico. Los

resultados obtenidos exponen diferencias significativas a favor de los médicos con especialidad sobre los médicos encargados de los departamentos clínicos y los médicos sin especialidad, pero al correlacionar la aptitud clínica y los años de experiencia no hubo diferencia significativa. Llama la atención que ningún médico evaluado obtuvo una aptitud clínica avanzado o muy avanzada, en la mayoría de ellos (70.1%) fue incipiente.³⁴

Dorado y cols. (2006) se interesaron en explorar la aptitud clínica de 9 médicos residentes de medicina familiar modalidad semipresencial, en el Estudio Integral de la Familia, encontrando un bajo nivel de competencia, aún cuando estos individuos han estado en contacto con las situaciones exploradas. Parece que esta práctica profesional por si sola no es suficiente para garantizar el desarrollo de capacidades superiores, tal vez debido a la rutina y pasividad con que se realiza. Un 77.7% se ubicaron en una aptitud clínica muy baja.⁵

En este mismo año, Cabrera y cols. se interesaron en medir la aptitud clínica de médicos para identificar la disfunción familiar en UMF en Guadalajara, con una muestra de 200 profesionales, tomando como variables intervinientes sexo, edad, especialidad, años de antigüedad, horario y tipo de contratación. Se demostró ventaja de los médicos con 10 a 19 años de experiencia, los médicos con especialidad en Medicina familiar, los del turno matutino, y los de contratación definitiva, pero ninguna con significancia estadística. Estos médicos evaluados han recibido educación continua lo que no se relaciona con una mejor aptitud clínica, ya que un 58% tuvo una aptitud baja.¹⁵

En el año 2006, Gómez y cols. compararon la aptitud clínica de 78 médicos en la atención de la Diabetes Mellitus, de acuerdo al grado académico (23 generales, 22 médicos familiares no certificados y 33 que si estaban certificados), obteniendo como conclusión una aptitud clínica baja sin diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos profesionales. Se habría esperado un mayor nivel en los médicos certificados debido al mayor tiempo de exposición académica. ²

En México Viniegra y colaboradores han desarrollado instrumentos para medir aptitud clínica, profundizando en la utilidad de los exámenes escritos para medir capacidades clínicas complejas; estos instrumentos superan la limitación de medir recuerdo de información, se basan en casos clínicos reales que incluyen entre sus indicadores conductas perjudiciales por omisión y por comisión, no consideradas en los exámenes tradicionales que exploran las capacidades clínicas. Lo más trascendente es que permiten discriminar el tipo de experiencia clínica de los respondientes, en cuanto a su acuciosidad para distinguir lo adecuado, lo útil, lo oportuno y lo pertinente. ³⁵

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

Las cervicovaginitis desde hace algunas décadas son consideradas como un problema de Salud Pública que afectan a la mujer predominantemente en etapa reproductiva, sin hacer distinción de raza o posición social.

En el ámbito mundial y nacional, no se conoce con exactitud la incidencia y prevalencia de este padecimiento ya que hasta la mitad de las mujeres que las padecen no presentan sintomatología alguna. Reportes actuales de la Dirección General de Epidemiología de México, ubican a esta patología dentro de las primeras veinte causas de enfermedad nacional. Situación similar ocurre en el IMSS donde la infección cervicovaginal se encuentra dentro de las 16 primeras causas de demanda de atención de consulta en primer nivel de salud.

La evidencia científica actual pondera la relevancia que tiene para la mujer esta enfermedad, debido a la gran cantidad de complicaciones que acarrea, las que van desde la recurrencia hasta la septicemia. Afecta mayoritariamente a poblaciones vulnerables como lo son el grupo de adolescentes y mujeres embarazadas.

El diagnóstico precoz ofrece una amplia oportunidad para su curación y prevención, es así, que por medio de tratamiento médico oportuno, de promoción de la salud y medidas de protección específica, en los grupos de alto riesgo se podría disminuir su incidencia y consecuentemente las complicaciones de su evolución.

Ante estas circunstancias el IMSS ha establecido como línea prioritaria la capacitación permanente del médico familiar sobre la cervicovaginitis. De tal manera que a partir del año 2002 emite la guía diagnóstico terapéutica para el

manejo de la cervicovaginitis al mismo tiempo que se inicia la capacitación sobre la misma y de manera mensual la atención médica proporcionada por los médicos familiares es supervisada y asesorada por los jefes de departamento clínico.

Sin embargo durante el año 2008 la congruencia clínico, diagnóstico y terapéutica ha sido en promedio de 77.4

PREGUNTA DE INVESTIGACION

Desafortunadamente parece ser que hoy en día, la rutina no reflexiva predomina dentro de la práctica del médico de primer nivel de atención. Situación que tiene diversas implicaciones, ya que afecta su capacidad resolutive e impide el desarrollo de una medicina de calidad. Lo que obliga a buscar nuevas estrategias educativas y de evaluación, que permitan abordar esta problemática desde una postura participativa e incluyente de las necesidades del propio médico. Por lo que la práctica integral y reflexiva de la Medicina Familiar puede ser una herramienta útil para esta problemática. Derivado de lo anterior es propósito de esta investigación conocer cual es el nivel de aptitud clínica que presentan los médicos del primer nivel de atención, sobre el manejo de la Cervicovaginitis. En este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Es mayor la aptitud clínica en el manejo de la Cervicovaginitis en el médico familiar con especialidad, en comparación con el médico familiar sin especialidad?

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General.

Comparar la aptitud clínica del médico familiar con especialidad y sin especialidad en el manejo de la cervicovaginitis.

Específicos.

Determinar la aptitud clínica del médico familiar con especialidad.

Determinar la aptitud clínica del médico familiar sin especialidad.

5. HIPOTESIS DE TRABAJO

Los médicos familiares con especialidad en Medicina Familiar presentan mayor aptitud clínica en el manejo de la cervicovaginitis, en comparación con los médicos familiares sin especialidad.

6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente.- Aptitud clínica

Variable independiente.- Especialidad en Medicina familiar

Variables de intervención.- Edad, sexo, asistencia a cursos de actualización, horario laboral, años de antigüedad y tipo de contratación.

7. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Ver cuadro de variables en anexo 2

8. DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de tipo observacional, comparativo, transversal y prolectivo.

9. UNIVERSO DE TRABAJO

Médicos adscritos del IMSS con categoría de Médico Familiar.

10. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos adscritos a la UMF No. 94 del IMSS con categoría de Médico Familiar.

11. MUESTRA DE ESTUDIO

Médicos adscritos a la UMF No. 94 del IMSS con categoría de Médico Familiar, que durante la integración de la muestra se encuentren laborando.

12. DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

No es necesario ya que se trabajará con la totalidad de médicos con categoría de médico familiar que acepten participar voluntariamente en el estudio.

13. TIPO DE MUESTREO

Muestreo no Probabilístico por conveniencia.

14. CRITERIOS DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión:

- Médicos con categoría de medico familiar.
- Adscritos a la UMF no. 94.
- Turno matutino y vespertino.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Que respondan la totalidad de las preguntas del instrumento.
- Que no sean parte del cuerpo docente de la Especialidad en la unidad.

Eliminación:

- No aplican

15. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

El investigador responsable personalmente invitará a participar en el estudio al total de médicos familiares que se encuentren laborando en la Unidad durante la fase de integración de la muestra. A quienes acepten participar se les explicará que la información proporcionada será confidencial y utilizada únicamente para los fines de esta investigación. Así mismo se le dará instrucciones precisas acerca de la forma de responder el instrumento, el cual se les entregará y posteriormente entre las 24 a 48 horas el investigador pasará a recogerlo.

De manera paralela el investigador solicitará al servicio de educación en salud listado de médicos familiares con especialidad y sin especialidad, esto con el propósito de identificar la formación académica de postgrado de los participantes.

16. DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizará fue elaborado en México D.F., en la UMF 94 del IMSS, en el año 2008, lleva el nombre de APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS, los autores: Raúl Tomás Arrieta Pérez y Beatriz Lona Calixto idearon cinco casos clínicos, con 140 preguntas las cuales exploran los siguientes indicadores:

- 1) Identificar factores de riesgo: se consideran como identificar la presencia de características o circunstancias que predisponen o hace más probable la presencia de cervicovaginitis.
- 2) Reconocimiento de datos clínicos: identificar signos y síntomas compatibles con los diversos cuadros de cervicovaginitis.
- 3) Selección e interpretación de los recursos diagnósticos: es la utilización racional de estudios de laboratorio y/o gabinete con el mayor grado de especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de las cervicovaginitis.
- 4) Integración diagnóstica: alude al hecho de integrar los datos subjetivos y objetivos en un cuadro compatible con cervicovaginitis.
- 5) Aplicación de terapéuticas pertinentes: se refiere a instaurar medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que representan mas beneficios que perjuicios a la paciente con cervicovaginitis.
- 6) Instituir medidas preventivas: estrategias que fortalecen los conocimientos, actitudes y aptitudes de las mujeres para evitar las cervicovaginitis.
- 7) Pronostico: postular un juicio médico sobre la evolución de la cervicovaginitis.

Se manejan tres opciones de respuesta: F si considera que la aseveración es falsa, V si considera que la afirmación es verdadera y NS (no se) en caso de que desconozca la respuesta correcta. Cada respuesta correcta le sumará un punto, cada respuesta incorrecta le restará un punto, la respuesta NS no suma ni resta puntos y las respuestas en blanco le resta un punto. La categorización de las respuestas al instrumento se identifican en el cuadro número 3; en el cuadro 4 se muestra el numero de cada pregunta y que indicador evalúa.

Fue sometido a validación por dos rondas de expertos (1 Gineco-obstetra y 3 médicos familiares con experiencia en educación). Fue ideado para aplicarse a médicos familiares del IMSS. El contenido del instrumentos se basó en los siguientes documentos:

- a. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas y cándida;
- b. Lineamiento técnico medico para la vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar IMSS;
- c. Guía clínica para la atención prenatal IMSS y
- d. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención.

Se obtuvo una confiabilidad de 0,8117 en general. El instrumento completo se presenta en el anexo 3.

Cuadro 3 Categorías del instrumento aptitud clínica del medico familiar sobre cervicovaginitis.

CATEGORÍAS	RANGOS
Respuestas por azar	0-17

Aptitud muy baja	18-37
Aptitud baja	38-57
Aptitud regular	58-77
Aptitud buena	78-97
Aptitud muy buena	98-117
Aptitud excelente	≥ 118

Fuente: Instrumento de evaluación

Cuadro 4 Tabla de especificaciones

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

Fuente: Instrumento de evaluación

17. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Hipótesis de investigación.- Los médicos familiares con especialidad presentan mayor aptitud clínica en el manejo de la cervicovaginitis, en comparación con los médicos familiares sin especialidad.

Hipótesis nula.- Los médicos familiares con especialidad presentan menor aptitud clínica en el manejo de la cervicovaginitis, en comparación con los médicos familiares sin especialidad.

Elección de la prueba estadística.- Partiendo de que nuestro estudio es comparativo entre dos muestras independientes y que la escala de medición de la variable dependiente es ordinal, la prueba seleccionada es la U de Mann Whitney.

Decisión estadística.- Descartaremos H_0 si la p obtenida a través de esta prueba es menor a 0.05.

Para el análisis de las variables de intervención se utilizará prueba de Chi cuadrada (asistencia a cursos de actualización, sexo, turno y tipo de contrato laboral). Para la edad y antigüedad se utilizará t de Student. Los resultados se presentarán en cuadros y figuras.

18. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud”, en su artículo 17, el presente estudio se considera una investigación sin riesgo, ya que no se utilizarán métodos invasivos o que

afecten la integridad del individuo, además de que no se realizará ninguna intervención que modifique intencionadamente variables fisiológicas y sociales de los participantes.

Tomando en cuenta el derecho de autonomía de los participantes y a favor de su bienestar, los sujetos serán informados ampliamente de su participación en esta investigación, la cual consistirá en contestar el instrumento: “APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS” y la cédula de identificación, con la seguridad de que los datos vertidos se manejarán con completa confidencialidad y serán codificados de forma que no se permita su identificación, protegiendo la privacidad de los participantes.

Los resultados serán dados a conocer a los respondientes si así lo solicitan. Se les explicará que en el momento en que lo deseen podrán retirarse del estudio; así también se les informará que esta investigación no presenta ningún riesgo para el participante, el inconveniente de participar es el tiempo invertido en el llenado del instrumento, el cual aproximadamente es de 30 minutos, con el beneficio de saber que aptitud clínica presento en el instrumento.

Los puntos antes señalados, se respaldan en los siguientes reglamentos:

1. Reglamento Federal y la Ley General de Salud en Materia de Investigación.
2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su 52ª Asamblea General en el 2000.

3. Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Este último en su Título segundo que trata **De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos**, menciona en el Artículo 23 lo siguiente:

En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Basándonos en este artículo nos abstendremos de solicitar el consentimiento informado por escrito, por lo que no aparecerá dicho documento en este proyecto.

19. RESULTADOS

De un total de 84 médicos que están incluidos en el censo más reciente de la UMF No. 94, la muestra quedó compuesta por 57 médicos, el resto no se incluyeron en el estudio por diversas razones (no aceptaron participar en el estudio, se encontraban fuera de la unidad y/o de licencia). De estos, se eliminaron un total de 7 (12%) debido a que a pesar de aceptar participar no entregaron el instrumento contestado ó lo entregaron incompleto. Los 50 médicos restantes se incluyeron en el análisis, estos se dividieron en 2 grupos: 34 médicos con especialidad en Medicina Familiar (68%) y 16 médicos sin la especialidad (32%).

En el cuadro 1 se describen las características sociodemográficas y laborales de la muestra. En lo que concierne a sexo cabe destacar que en ambos grupos predominó el masculino con 55% y 68% respectivamente. En la variable de turno laboral se encontró que para los médicos especialistas preponderó el turno matutino con un 58%, a diferencia de los no especialistas en los que encontramos un 37% para este turno. Por otra parte, el tipo de contratación que se presentó en el total del grupo de especialistas fue el de base, en tanto que en los médicos sin especialidad este tipo de contratación se observó en el 75% de los casos. Llama la atención que en lo referente a la asistencia a cursos de actualización, en el grupo de especialistas el 64% refirió asistencia a los mismos, en contraste con lo encontrado en el grupo de no especialistas donde predominó la no asistencia a cursos de actualización con 56%.

En relación a la edad se encontró una media de 48 años \pm 7 (r: 31-58) para el grupo de médicos especialistas y de 46 \pm 8.7 (r: 29-57) para los médicos sin

especialidad. La media de antigüedad en médicos con especialidad fue de 17.5 años \pm 6.3 (r: 6-27) y para aquellos sin especialidad fue de 14.2 \pm 7.6 (r: 1-24).

Cuadro 1 Datos Sociodemográficos y Laborales de los Médicos.

VARIABLE		CON ESPECIALIDAD		SIN ESPECIALIDAD	
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	19	55	11	68
	Femenino	15	44	5	31
	Total	34	100	16	100
Turno laboral	Matutino	20	58	6	37
	Vespertino	14	41	10	62
	Total	34	100	16	100
Tipo de contrato laboral	Base	34	100	12	75
	Eventual	0	0	4	25
	Total	34	100	16	100
Cursos de actualización	Si acudió	22	64	7	43
	No acudió	12	35	9	56
	Total	34	100	16	100
Edad en años		Media	DE	Media	DE
		48	7.0	46	8.7
Antigüedad en años		Media	DE	Media	DE
		17.5	6.3	14.2	7.6

Fuente: Instrumento de evaluación

En torno a la variable de estudio aptitud clínica, destaca en ambos grupos que la mayor parte se ubicó en un nivel de aptitud baja, correspondiendo al 55.9% para el grupo con especialidad y 43.8% para el de no especialistas. Al aplicar la U de Mann-Whitney sobre esas diferencias, se obtuvo una $p=0.246$. En el

cuadro 2 se observa la distribución de la aptitud clínica de los médicos de acuerdo a la puntuación obtenida. Correspondió al puntaje explicable por efecto de azar un caso en cada grupo (2.9 y 6.2% respectivamente).

Cuadro 2 Nivel de Aptitud Clínica de los Médicos Familiares de la UMF 94 en el manejo de las Cervicovaginitis.

APTITUD CLÍNICA	CON ESPECIALIDAD		SIN ESPECIALIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Respuestas al azar	1	2.9	1	6.2
Muy Baja	8	23.5	6	37.5
Baja	19	55.9	7	43.8
Regular	5	14.7	2	12.5
Buena	1	2.9	0	0
Muy Buena	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
Total	34	100	16	100

Fuente: Instrumento de evaluación

Respecto a los Indicadores de Aptitud Clínica, en el cuadro 3 se muestran las medias y DE obtenidas. En el destaca que la media de mayor valor fue la de Integración diagnóstica con un 9.76 para el grupo de médicos con especialidad y para aquellos sin especialidad la media más alta (8.44) fue la obtenida en el indicador de factores de riesgo.

Cuadro 3 Indicadores de Aptitud Clínica en médicos con y sin especialidad.

INDICADOR	MÉDICOS CON ESPECIALIDAD		MÉDICOS SIN ESPECIALIDAD	
	Media	DE	Media	DE
Factores de riesgo	9.09	3.64	8.44	3.44

Reconocimiento de datos clínicos	3.00	3.40	2.19	2.04
Selección e Interpretación de los recursos diagnósticos	7.12	4.08	5.38	3.96
Integración diagnóstica	9.76	4.42	6.38	4.22
Aplicación de terapéuticas pertinentes	8.62	3.66	6.19	3.92
Medidas preventivas	4.29	2.79	4.44	3.42
Pronóstico	4.59	3.41	4.75	3.58

Fuente: Instrumento de evaluación

Se realizaron diversas comparaciones en el nivel de aptitud obtenidos y variables intervinientes a nivel intra e intergrupar con la intención de probar su influencia en los resultados. Así encontramos para la variable sexo (cuadro 4) que en el grupo con especialidad predominó la aptitud clínica baja para ambos sexos ($p=0.891$) mientras que en los médicos no especialistas en los hombres predominó la aptitud clínica muy baja en tanto que en las mujeres se observó predominio de la aptitud clínica baja ($p=0.267$).

Cuadro 4 Aptitud Clínica en médicos con y sin especialidad de acuerdo a Sexo.

APTITUD CLÍNICA	CON ESPECIALIDAD (%)		SIN ESPECIALIDAD (%)	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Respuestas al azar	2.9	0	6.3	0
Muy Baja	11.8	11.8	31.3	6.3
Baja	32.4	23.5	25	18.8
Regular	5.9	8.8	6.3	6.3
Buena	2.9	0	0	0
Muy Buena	0	0	0	0

Excelente	0	0	0	0
<i>p</i>	0.891		0.267	

p = U de Mann-Whitney

En el cuadro 5 observamos la relación del turno laboral con la aptitud clínica encontrada, en este cruce se observa que en los médicos con especialidad preponderó la aptitud clínica baja sin distinción del turno ($p=0.180$), al igual que en el grupo de médicos sin especialidad ($p=0.428$).

En el grupo de médicos con especialidad observamos en el cuadro 6 que todos ellos laboraban con una contratación definitiva (base), mientras que en el grupo de médicos no especialistas predominó este mismo tipo de contratación encontrando que en ellos destaca la aptitud clínica baja al igual que en los trabajadores eventuales de este grupo ($p=0.078$).

Cuadro 5 Aptitud Clínica en médicos con y sin especialidad de acuerdo a Turno.

APTITUD CLÍNICA	CON ESPECIALIDAD (%)		SIN ESPECIALIDAD (%)	
	Matutino	Vespertino	Matutino	Vespertino
Respuestas al azar	0	2.9	6.3	0
Muy Baja	11.8	11.8	12.5	25
Baja	32.4	23.5	18.8	25
Regular	11.8	2.9	0	12.5
Buena	2.9	0	0	0
Muy Buena	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0

<i>P</i>	0.180	0.428
----------	-------	-------

p = U de Mann-Whitney

Cuadro 6 Aptitud Clínica en médicos con y sin especialidad de acuerdo a Contrato.

APTITUD CLÍNICA	CON ESPECIALIDAD (%)		SIN ESPECIALIDAD (%)	
	Base	Eventual	Base	Eventual
Respuestas al azar	2.9	0	6.3	0
Muy Baja	23.5	0	37.5	0
Baja	55.9	0	25	18.8
Regular	14.7	0	6.3	6.3
Buena	2.9	0	0	0
Muy Buena	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
<i>P</i>	---		0.078	

p = U de Mann-Whitney

Por otra parte, podemos observar en el cuadro 7, que para el grupo de especialistas en medicina familiar el nivel de aptitud bajo predominó independientemente de la asistencia o no a cursos de actualización ($p=0.606$), de igual forma que en el grupo de médicos no especialistas ($p=0.174$).

Cuadro 7 Aptitud Clínica en médicos con y sin especialidad de acuerdo a asistencia a cursos de Actualización.

APTITUD CLÍNICA	CON ESPECIALIDAD (%)		SIN ESPECIALIDAD (%)	
	Con cursos	Sin cursos	Con cursos	Sin cursos
Respuestas al azar	2.9	0	0	6.3
Muy Baja	17.6	5.9	12.5	25
Baja	32.4	23.5	18.8	25
Regular	8.8	5.9	12.5	0

Buena	2.9	0	0	0
Muy Buena	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
<i>P</i>	0.606		0.174	

p = U de Mann-Whitney

Finalmente al aplicar T de student a las variables de Edad y Antigüedad en su relación con el nivel de aptitud, se obtuvo un $p=0.563$ para la primera y una $p=0.173$ para la segunda.

20. ANALISIS DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas y laborales de la muestra en estudio son similares a las reportadas en otros estudios de Aptitud Clínica en Médicos Familiares de nuestro país, aunque no se encontró algún estudio que evaluará el manejo de la Cervicovaginitis, así por ejemplo, Cabrera y cols. en un grupo de médicos familiares de Guadalajara evaluados en Diabetes Mellitus con nefropatía inicial en el 2005, encontraron predominio del sexo masculino con 53.5%, similar a los reportado en nuestros resultados.¹⁴

En lo concerniente a turno laboral, se encontraron más médicos con Especialidad en Medicina Familiar en el turno matutino en comparación con el vespertino. Ello es similar a lo encontrado por Cabrera y cols. al evaluar a un

grupo de médicos familiares en el manejo de pacientes con síndrome metabólico³⁶, aunque solo aplica para el turno matutino.

Con relación al tipo de contrato laboral, el 100% de los médicos especialistas tienen una base dentro de la Unidad y solo un 25% de los médicos sin especialidad tienen un contrato eventual; estos hallazgos son similares a los reportados en la bibliografía donde la mayoría tiene un contrato definitivo^{14, 15, 36}.

Dentro de los médicos con especialidad, un 64% tuvo oportunidad de acudir a cursos de Actualización en el tema los últimos tres años, a diferencia de los médicos sin especialidad donde un 56% no acudió a estas instancias. Cabrera y cols. en una evaluación acerca del síndrome metabólico en médicos familiares de Guadalajara encontraron que un mayor porcentaje de la muestra no acudió previamente a cursos, sin que esté modificará el nivel de aptitud clínica obtenido.

La distribución por edad fue homogénea para ambos grupos, con una media de 48 y 46 años para médicos con y sin especialidad respectivamente. La antigüedad en años fue discretamente mayor en médicos especialistas con una media de 17.5 a diferencia de los médicos sin especialidad la cual fue de 14.2 años. Resultados muy parecidos son evidentes en estudios de esta índole.

Al correlacionar las variables intervinientes: Sexo, Turno laboral, tipo de Contrato laboral, asistencia a cursos de actualización, edad y antigüedad, con

el nivel de Aptitud Clínica alcanzado, no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro. En otros trabajos que también miden aptitud clínica no se ha mostrado si el sexo, el turno o tipo de contrato modifique positiva o negativamente los resultados^{14, 15, 36}. Se habría esperado que el médico de mayor edad y mayor experiencia mostrará mejor Aptitud ante un médico de poca experiencia.

La calificación de la Aptitud Clínica global de los médicos evaluados en general fue BAJA, resultados similares se presentan en investigaciones en otra área de la medicina ^{2, 14, 15, 34}, ello difiere de lo encontrado por Gómez López y cols. quienes encontraron una Aptitud Clínica Media en médicos Familiares para el manejo de la Preeclampsia ³⁷.

Con respecto a cada grupo un 58.5% de los médicos con especialidad en Medicina Familiar se ubicaron en un nivel de Aptitud Clínica BAJO, seguido de un 23.5% que mostraron una Aptitud MUY BAJA, un 14.7% de los médicos se situaron en una Aptitud REGULAR; solo un médico alcanzó el nivel BUENO. Para los médicos sin especialidad, un 43.7% se ubicó en una Aptitud Clínica BAJA, un 37.5% en MUY BAJA y solo un 12.5% en REGULAR; del resto, ninguno alcanzó un nivel superior. Cabe destacar que un médico de cada grupo obtuvo calificación por efectos de AZAR. Estos resultados no difieren de la gran mayoría de estudios consultados en la bibliografía, en los cuales sin bien es cierto, no evalúan al Médico Familiar en relación con su Aptitud para el manejo de la Cervicovaginitis, si lo hace con grupos de médicos que tienen

características similares a las de nuestro estudio en otras rubros de la medicina.^{2, 14, 15, 34}

Por último al realizar el análisis comparativo por los 7 Indicadores de Aptitud Clínica, es prudente mencionar que solo en Integración diagnóstica ($p=0.016$) y en Aplicación de terapéuticas pertinentes ($p=0.048$) se mostró una diferencia estadísticamente significativa a favor de los médicos especialistas en Medicina Familiar. Las medias mas bajas correspondieron a el reconocimiento de datos clínicos, lo que nos traduce que desde un inicio se realiza un diagnóstico erróneo y por consecuencia habrá muchos errores en el abordaje y manejo de la paciente con infección cervicovaginal.

21. CONCLUSIONES

Este estudio muestra que no existe diferencia entre la Aptitud Clínica ante la Cervicovaginitis de un médico con especialidad en Medicina Familiar y otro sin especialidad.

La evaluación del desarrollo de la Aptitud Clínica en Medicina no es un proceso novedoso, desde finales del siglo pasado los ojos de algunos investigadores volteraron a observar como el proceso de enseñanza-aprendizaje influye fuertemente en la práctica profesional. De acuerdo a los resultados mostrados en la mayoría de las fuentes mencionadas en esta investigación, el médico de primer contacto y aún el especialista diferente al médico familiar, evidencian el pobre desarrollo de la aptitud clínica desde el punto de vista de la educación participativa.

Los resultados arrojados por el estudio presente, no se alejan de los ya reportados en otro tipo de problemática médica. Se eligió la infección cervicovaginal por la gran importancia que representa en nuestro medio, debido también a que para muchas de ellas la solución es posible desde un primer contacto. Sin embargo, la atención médica actual no ha logrado disminuir la incidencia de esta patología.

La exploración por medio de casos clínicos similares a los que se enfrenta diariamente el médico, supone una reproducción del actuar diario, con ello se puede analizar cuales son las deficiencias que no permiten la resolución del problema. No tenemos que dejar de lado que obstáculos tiene el médico

familiar para llevar a cabo su tarea, el desenvolvimiento que tiene dentro de un ambiente falto de reflexión y autocrítica, agobiante por el exceso de pacientes, así como el exceso de trámites y papeleo, sin que se refuerzen aptitudes y actitudes que propicien la elaboración auténtica del conocimiento.

Lo escrito anteriormente resulta un reto a vencer, que involucra no solo al médico que labora dentro de una Institución, interesa al médico en preparación; entonces habría que buscar incidir desde la etapa formativa del médico, fomentando desde el inicio una educación participativa, la cual creemos posee un efecto desarrollador del ser humano, buscando se perpetúe a su ingreso en el ambiente hospitalario, del servicio social, en los posgrados médicos y en el ámbito profesional por medio de educación médica continua, teniendo como etapa final la apropiación del conocimiento con carácter constante y ascendente.

Finalmente es importante destacar que siempre que se evalúa al proceso de enseñanza y aprendizaje se debe de tomar en cuenta el referente individual, pero nunca dejar de lado su interacción e influencia sociocultural, porque de ello dependerá el efecto inhibitor o desarrollador de sus actitudes y aptitudes.

22. SUGERENCIAS

ASISTENCIALES

Buscar mejores sistemas informativos que hagan mas eficiente y eficaz la labor médica, consecuentemente aumentar la calidad de la atención.

EDUCATIVAS

El cuerpo académico de las facultades de Medicina deben impartir la enseñanza con estrategias educativas que propicien la reflexión y crítica de los alumnos.

Es necesario que los posgrados en Medicina cuenten con profesores capaces de mostrar las mejores herramientas para que el residente modifique el simple consumo de información a una elaboración real del conocimiento.

Las Instituciones de Salud deben propiciar las actividades de educación médica continua efectivas para elevar la aptitud clínica del médico en el manejo de las patologías que competen a su área.

DE INVESTIGACION

Realizar estudios donde se apliquen estrategias educativas capaces de modificar positivamente la aptitud clínica del médico en el manejo de la Cervicovaginitis.

23. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. *Gac Med Mex* 2004; 140: 312-3.
2. Gómez LVM, García RME, Barrientos GC, Diabetes mellitus: aptitud clínica del médico de atención primaria. *Educ Med* 2006; 9: 35-43.
3. Ponce de León ME. Tendencias actuales en la enseñanza de la medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina. Introducción. *Gac Med Mex* 2004; 140: 305-6.
4. Varela RM. Aportaciones del cognoscitivismo a la enseñanza de la medicina. *Gac Med Mex* 2004; 140: 307-8.
5. Dorado GMP, Loria CJ, Guerrero MMB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006; 8: 169-74.
6. Soler HE, Sabido SC, Sainz VL, Mendoza SH, Gil AI, González SR. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2005; 7: 14-7.
7. Viniegra VL. Materiales para una crítica de la educación. 108-38.
8. Abreu HLF, Infante CCB. La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. *Gac Med Méx* 2004; 140: 381-90.
9. García MJA. Una estrategia de educación continua orientada al aprendizaje de la clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43: 43-8.
10. Marín CY. Estrategias instruccionales para la enseñanza de las ciencias básicas. *Gac Med Mex* 2004; 140: 301-11.
11. García MJA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica de los residentes de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2003; 41: 487-94.
12. Viniegra VL. Educación y evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43: 93-5.
13. Diccionario esencial de la lengua española. Editorial Larousse, México 1994.
14. Cabrera PCE, Chávez SA, González RHF, Cortés SL. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. *Rev Invest clín* 2005; 57: 685-90.

15. Cabrera PCE, Rodríguez PI, González PG, Ocampo BP, Amaya LC. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental* 2006; 29: 40-6.
16. Viniegra VL. La formación de especialistas en el instituto mexicano del seguro social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43: 141-53.
17. García MJA, Viniegra VL. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2004; 42: 309-20.
18. Trejo JA, Hernández LB, Carrasco RJR, Ducoing DLR. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, trichomonas y cándida. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2003; 41: S71-6.
19. Martínez OM, Saldaña GJ, Sánchez HMA. Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 45: 249-54.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
21. Jiménez HJ, Bautista SL, Arrieta PRT. Factores de riesgo biológico-sociocultural para cervicovaginitis en mujeres en edad fértil con y sin infección cervicovaginal. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2005.
22. PAC GO-1. Enfermedades de transmisión sexual. Castelaszo Mazo, Scherin. Libro 4 1997-1998: 9-25.
23. Información epidemiológica de morbilidad 2005. Versión Ejecutiva. Disponible en <http://salud.gob.mx>.
24. Botero UJ, Júbiz HA, Henao G. Obstetricia y ginecología. 6ª ed. Colombia: Quebecor Impreandes, 1999: 56-60.
25. DeCherney A, Nathan L, Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 8ª ed. México: Manual Moderno, 2003: 723-9.
26. González MJ, González BJ, González BE. Ginecología. 8ª ed. Barcelona: MASSON, 2003: 217-26.
27. Berek JS, Rinehart RD, Adams Hillard PJ, Adashi EY. Ginecología de Novak. 13ª ed. México: McGraw-Hill, 2004: 371-6.

28. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD, Obstetricia de Williams. 22a ed. México: McGraw-Hill, 2006: 225-226, 1319-20.
29. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth tratado de obstetricia y ginecología. 9ª ed. México: McGraw-Hill, 2003: 618-22.
30. Ceitlin J. Desarrollo de la medicina familiar en América latina y España. Medicina familiar y Ambulatoria, México, Panamericana, 2001: 22-28.
31. Rubinstein A. Bases y fundamentos de la practica de la medicina Familiar. En medicina familiar y practica ambulatoria. Panamericana, 2001: 18 – 22.
32. Gómez CFJ, Terán TM. Familias. Perspectiva operativa para la práctica de la medicina familiar. México: GOSA, 2003: 1.
33. Cortés FR, Barrera MJ, Cobos AH. Aptitud clínica en una muestra entre médicos y residentes de ginecoobstetricia ¿existen diferencias?. An Med Asoc Med Hosp ABC 2005; 50: 150-5.
34. García MJA, Viniegra VL, Arellano LJ, García MJ. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43: 465-72.
35. Rivas RR, Ocampo BP. Aptitud clínica del médico familiar en el manejo de la anemia en niños menores de 5 años. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2005.
36. Cabrera PCE, Gutiérrez RCL, Peralta HIC, Alonso RC. Development and validation of a instrument to measure family physician`s clinical aptitude in metabolic syndrome in Mexico. Salud Publica Mex 2008; 50: 457-62.
37. Gómez LV, Ramírez MJ, García RME, Lee SI, Fong JG, Barrientos GC. Preeclampsia-eclampsia: aptitud clínica en atención primaria. Rev Invest Clin 2008; 60: 115-23.

24. ANEXOS

Anexo 1 Especificación de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Categorización
VARIABLE DEPENDIENTE						
Aptitud clínica	Capacidad del clínico para detectar y dar solución a problemas médicos de la práctica cotidiana, con base en la crítica y la reflexión con el fin de tomar decisiones convenientes para el paciente.	Conjunto de habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes, en la detección, tratamiento y control de cervicovaginitis, identificadas a través del instrumento elaborado para ello	Identificación de factores de riesgo Reconocimiento de datos clínicos. Integración diagnóstica. Selección e interpretación de recursos diagnósticos. Aplicación de terapéuticas pertinentes. Institución de medidas preventivas. Emisión de un Pronóstico.	Cualitativa	Ordinal	1 – Por azar 2 – Muy Baja 3 – Baja 4 – Regular 5 – Alta 6 – Muy alta 7 – Excelente
VARIABLE INDEPENDIENTE						
Especialidad en Medicina Familiar.	Rama de la medicina encargada de la atención, prevención y control de las enfermedades que padecen los integrantes de la familia, así como la repercusión de esta dentro de su dinámica familiar y la forma en que asimila su padecimiento.	Formación académica expresada por el médico en el instrumento de aptitud clínica	NN	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 – Si 2 – No
VARIABLES INTERVINIENTES						
Asistencia reciente a cursos de actualización en el tema	Participación en un conjunto orgánico de enseñanzas expuestas en un período de tiempo. ¹³	Se tomara como si el médico ha estado presente o no en cursos de actualización en el tema en los últimos 3 años.	NN	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 – Si 2 – No
Tiempo de Antigüedad	Años de labor institucional en un puesto o actividad específica. ¹³	Cantidad de tiempo en años ejerciendo la practica médica clínica referida en el instrumento	NN	Cuantitativa	De razón	De 1 a 30 años
Tipo de contrato laboral	Grupos en el que se pueden clasificar personas de acuerdo a su tipo de convenio de trabajo. ¹³	Tipo de contrato por medio del cual laboran en el IMSS referido en el instrumento.	NN	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 – Base 2 – Eventual
Turno laboral	Horario en el que corresponde actuar a cada uno. ¹³	Horario en el que se desempeña la actividad clínica, anotado en el instrumento.	NN	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 – Matutino 2 – Vespertino
Sexo	Fenotipo que distingue lo masculino y lo femenino. ¹³	Sexo referido por el médico en el instrumento	NN	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 – Masculino 2 – Femenino
Edad	Longevidad expresada en años desde el nacimiento hasta la fecha actual. ¹³	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, referida en años, referido en el instrumento	NN	Cuantitativa	De razón	De 1 a 60 años



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

INSTRUCCIONES

Conteste o subraye el inciso correcto de acuerdo a la pregunta, sin omitir alguna.
Gracias.

1. ¿Qué edad tiene usted?
_____ años
2. ¿Cuál es su sexo?
 1. Masculino
 2. Femenino
3. ¿En que turno labora?
 1. Matutino
 2. Vespertino
4. ¿Cuántos años de antigüedad laboral tiene como Médico dentro del IMSS?
_____ años
5. ¿Cuál es su condición laboral?
 1. Médico de Base
 2. Médico eventual
6. ¿Asistió en los últimos 3 años a cursos de actualización médica en Cervicovaginitis?
 1. Si
 2. No
7. ¿Tiene usted especialidad en Medicina Familiar?
 1. Si
 2. No
8. Si tiene otra especialidad médica anótela:

Anexo 3 Instrumento de evaluación

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



“APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE CERVICOVAGINITIS”

Instrucciones para responder los casos clínicos.

Lea cuidadosamente las instrucciones.

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

Anote la respuesta para cada enunciado:

F Si considera que la aseveración es falsa.

V Si considera que la afirmación es cierta.

NS En caso de que desconozca la respuesta correcta.

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

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

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

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

Caso clínico No I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. _____ Biometría hemática.
14. _____ Urocultivo.
15. _____ Frotis en fresco.

16. ____ Prueba de aminas.

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

- 17. ____ Indicar sulfato ferroso.
- 18. ____ Nitrofurantoína vía oral.
- 19. ____ Metronidazol tabletas vaginales.
- 20. ____ Nistatina óvulos vaginales.

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

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

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

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

Caso clínico No II

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

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

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

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

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

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

- 33. ____ Enfermedad pélvica inflamatoria.
- 34. ____ Vaginosis bacteriana.
- 35. ____ Apendicitis.
- 36. ____ Cervicovaginitis por tricomonas.

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

- 37. ____ Hipersensibilidad a la movilización del cervix.

- 38. ____ Olor de la secreción.
- 39. ____ Puntilleo hemorrágico cervical.
- 40. ____ Dolor en fosa iliaca derecha.

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

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

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

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

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

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

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

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

Caso clínico No III

Femenino de 50 años de edad, escolaridad secundaria, portadora de diabetes mellitus desde hace 15 años, recibe tratamiento con glibenclamida 1 x 3. Curso con faringoamigdalitis hace 20 días por lo que se le prescribió ampicilina. AGO.- Ciclo menstrual irregular con presencia de dismenorrea y menorragia ocasional, Gesta 2, Para 2. Método de planificación familiar (Oclusión tubaria bilateral).

Inicia hace 10 días con polidipsia y polifagia además se agrega desde hace 3 días leucorrea blanca amarillenta en escasa cantidad, prurito vulvar intenso y dispareunia.

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

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

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

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

Son diagnósticos **compatibles** en este caso

- 61. ____ Diabetes mellitus descontrolada.

62. Miomatosis uterina.
63. Cervicovaginitis mixta.
64. Vaginitis atrófica.

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

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

Son estudios de laboratorio útiles para confirmar el diagnóstico

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

Son acciones **apropiadas** de realizar:

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

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

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

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

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

Caso clínico No IV.

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

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

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

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

85. Edad.
86. Método de planificación familiar.
87. Número de compañeros sexuales.
88. Número de embarazos.

Son diagnósticos **compatibles** en este caso:

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

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

- 93. Laparoscopia.
- 94. Realizar colposcopia.
- 95. Levaduras en frotis.
- 96. Cultivo de exudado vaginal negativo.

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

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

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

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

Son acciones terapéuticas **apropiadas** de realizar:

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

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

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

Caso clínico No V.

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

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

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

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

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

Son diagnósticos **compatibles** en este caso:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 137. Persistencia de síntomas sin hormonal.
- 138. Cesárea previa.
- 139. Presencia de pH vaginal mayor de 4.5
- 140. Persistencia de levaduras en frotis.