

Recibido: 20 de junio de 2006
 Versión definitiva: 2 de octubre de 2006
 Aceptado: 3 de octubre de 2006

**Martín
 Martínez-Ojeda,¹
 José
 Saldaña-González,¹
 Miguel Ángel
 Sánchez-Hernández²**

Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Correlación con la norma oficial mexicana

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los criterios para el diagnóstico de la cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención y su correlación con la norma oficial mexicana para la prevención y control de las infecciones vaginales.

Material y métodos: estudio transversal de 227 expedientes clínicos con registro de cervicovaginitis. Las variables investigadas correspondieron a los criterios para el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis que señala la norma oficial mexicana.

Resultados: la media de edad de las pacientes fue de 31.5 años; los casos de 31 a 35 años (21.4 %) fueron los más frecuentes. Se realizó diagnóstico específico de acuerdo con la etiología en 20.7 %. Se registró el cuadro clínico en 48.5 % de los expedientes clínicos, tratamiento específico en 25.1 %, tratamiento a la pareja independientemente de la etiología en 20.7 %, actividades médico-preventivas en 24.7 %, exploración ginecológica en 10.6 %, uso de auxiliares diagnósticos en 26.9 % y seguimiento en 27.3 %.

Conclusiones: la correlación entre los registros del expediente clínico y los criterios para el diagnóstico y tratamiento de acuerdo con la norma oficial mexicana se dio en menos de la tercera parte de los casos de cervicovaginitis. La exploración ginecológica y el uso de auxiliares diagnósticos se llevaron a cabo con poca frecuencia. El reporte de diagnóstico específico relacionado con el tratamiento farmacológico fue bajo.

SUMMARY

Objective: to analyze currently used criteria to diagnose and treat cervicovaginitis in primary care and its congruency with the Mexican Official Norm (MON).

Methodology: a cross sectional study was conducted to analyze 227 cases with cervicovaginitis. The information was obtained from the clinical charts and the variables were related to the criteria for diagnosis and treatment stated by MON.

Results: the mean age of patients was 31.5 years (SD 7.7). The cervicovaginitis cases were more frequent in the group of 31-35 years of age (21.4 %). The etiology was ascertained in 20.7 %; 48.5 % of clinical charts had registered the clinical information (symptoms and signs); 25.1 % were given specific treatment; in 20.7 % of cases treatment was given to the sexual partner, regardless of the etiology. 24.7 % had registered preventive actions; 10.6 % had gynecological examination; 26.9 % had laboratory exams and 27.3 % of cases were followed up.

Conclusions: little correspondence exists between the MON criteria and the clinical information registered in the clinical charts. This was found in less than thirty percent of cases. The gynecological examination and use of laboratory exams were infrequent, and there were a low percentage of cases in which the etiology was reported and related to the drug treatment.

¹Médico residente de tercer año de Medicina Familiar

²Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar 53,
 Instituto Mexicano del Seguro Social,
 León, Guanajuato

Comunicación con:
 Miguel Ángel Sánchez-Hernández,
 Tel. y fax: (477) 711 8130.

Correo electrónico:
 miguel.sanchezh@imss.gob.mx

Palabras clave

- ✓ cervicitis
- ✓ vulvovaginitis

Key words

- ✓ cervicitis
- ✓ vulvovaginitis

Introducción

La cervicovaginitis forma parte de los 12 principales motivos de consulta en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).^{1,2}

En la Unidad de Medicina Familiar 53 del estado de Guanajuato, existen adscritas 39 814 mujeres de 15 a 49 años, representando 26 % del total.*

De 1991 a 2002, la cervicovaginitis se ubicó entre los 20 principales diagnósticos en el primer nivel de atención y representó 38 % de las consultas a mujeres de 20 a 59 años.³ En 2004, la cervicovaginitis en la unidad referida se situó en el decimotercer lugar de los principales motivos de consulta.*

Dentro de la etiología de las cervicovaginitis, 22.6 % de los casos son producidos por *Gardnerella vaginalis*, 19.1 % por *Candida spp.*, 7.8 % por *Candida albicans* y 1.5 % por tricomonas. En los últimos años se ha agregado a los principales agentes causales el estreptoco del grupo D en 11.8 % y el estreptococo beta hemolítico en 4.6 %, por lo que se recomienda realizar cultivo a todas las pacientes con sintomatología sugestiva.^{4,9}

La identificación de los factores de riesgo asociados con agentes etiológicos es importante para orientar adecuadamente el diagnóstico y otorgar el tratamiento específico.¹⁰⁻¹³

Otros estudios han relacionado a las mujeres en edad fértil con enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis e infección de vías urinarias. Durante el embarazo, las cervicovaginitis se asocian en 11.5 % con el parto pretermino y en 11.6 % con ruptura prematura de membranas y como factor predisponente para esterilidad de origen tubárico y cáncer cervicouterino.^{1,4,13-15}

La Norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2000 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual caracterizadas por flujo vaginal, especifica los criterios de diagnóstico y tratamiento para uretritis, cervicitis e infecciones vaginales que se relacionan con la presencia de tricomonas, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* y en ocasiones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.¹⁶

Dichos criterios señalan que el diagnóstico se realiza por el antecedente de contacto sexual

o presencia de signos y síntomas claves como flujo vaginal, prurito vulvar, disuria y mal olor, lo cual se debe confirmar a la exploración con espejo y tacto vaginal. La detección se realiza en el laboratorio mediante examen en fresco del exudado vaginal y tinción de Gram y la confirmación por cultivo e inmunofluorescencia, según corresponda.

La secreción blanca, grumosa y pH > 4.5 al examen en fresco es sugerente de infección por *Candida albicans*; si la secreción es verde y mal oliente orienta a tricomonas o bacterias.¹⁶

La misma norma oficial mexicana señala que el esquema de tratamiento para *Gardnerella vaginalis* y *Trichomonas vaginalis* es con metronidazol predominantemente. Para *Candida albicans*, con itraconazol o clorotrimazol. La pareja sexual de las pacientes con cervicovaginitis no requiere ser evaluada ni recibir tratamiento, con excepción de los casos con diagnóstico de tricomoniasis.¹⁶

Las actividades de prevención contenidas en la norma oficial mexicana se relacionan con la higiene, uso de preservativos durante la actividad sexual, evitar múltiples parejas, realización de Papanicolaou y revisión del dispositivo intrauterino, en su caso.^{5,16}

Los criterios para el diagnóstico y tratamiento señalados en las guías clínicas del IMSS de aplicación principalmente en medicina familiar están basados en la norma oficial mexicana, con la salvedad de que algunos medicamentos mencionados en la norma oficial mexicana no están contenidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención.^{2,4,16}

El presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar los criterios de diagnóstico y tratamiento de cervicovaginitis aplicados en medicina familiar, y su correlación con la norma oficial mexicana y las guías clínicas que de ella derivan, cuyos resultados darán la posibilidad de fortalecer las acciones dirigidas a la prevención de la salud y atención del daño en la mujer.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar 53

* Sistema de Información Integral para la Salud (SIAS). Principales motivos de Consulta, Unidad de Medicina Familiar 53, México, IMSS, 2004.

2004.

del IMSS en León, Guanajuato, México, en el periodo de junio a diciembre de 2004, en 227 expedientes clínicos de mujeres entre los 15 y 49 años de edad con diagnóstico de cervicovaginitis.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando un error alfa de 5 % a un límite de confianza de 95 y 20 % de la proporción prevista en la población. La recolección de la muestra se hizo de manera aleatoria simple.

En los criterios de inclusión se consideraron mujeres no embarazadas de 15 a 49 años con vida sexual activa, diagnóstico de cervicovaginitis reportado en el expediente clínico y en el formato de registro diario de actividades integradas de salud que realiza el médico familiar.

No se incluyeron pacientes en tratamiento con esteroides, diabéticas, con displasias en tratamiento o complicaciones como enfermedad inflamatoria pélvica y cistocele.

Se investigaron seis variables, definidas de la siguiente manera:

1. Registro de signos y síntomas congruentes (flujo, sus características y síntomas acompañantes, prurito vulvar y sintomatología urinaria): suficiente/insuficiente.
2. Exploración ginecológica: sí/no.
3. Tratamiento farmacológico específico (de acuerdo con diagnóstico clínico o bacteriológico): sí/no
4. Auxiliares de diagnóstico (cultivo de exudado vaginal): sí/no
5. Tratamiento complementario (actividades médico-preventivas): sí/no.
6. Tratamiento a la pareja: sí/no.

Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 10.0.

Martín Martínez-Ojeda et al. Diagnóstico de cervicovaginitis

Resultados

Los expedientes clínicos revisados se obtuvieron de los 19 consultorios y de ambos turnos de la unidad médica; el promedio de edad fue de 31.5 años, con una desviación estándar de 7.7.

De acuerdo con la edad, el grupo de mayor representación fue el de 31 a 40 años con 38.5 %, seguido del grupo de 21 a 30 años (cuadro I).

Respecto a las variables de caracterización estudiadas, el cuadro clínico se consideró como suficiente en 48.5 % de todos los casos (cuadro II). A su vez, el flujo vaginal y sus características estaban registrados en 54 %, la sintomatología urinaria en 14.1 %, el prurito vulvar en 27.3 % y otros síntomas acompañantes en 3.5 %.

Los registros sobre exploración ginecológica, uso de auxiliares de diagnóstico, específicamente exudado vaginal, tratamiento específico según diagnóstico clínico o bacteriológico, tratamiento a la pareja independientemente de la etiología y las actividades complementarias o médico-preventivas, se muestran en el cuadro II.

El seguimiento médico sólo estaba documentado en 27.3 % de los casos.

Respecto a la frecuencia de la etiología, en 79.3 % de los diagnósticos se consignó cervicovaginitis inespecífica, sin mencionar etiología probable (cuadro III).

Cuadro I
Frecuencia de cervicovaginitis por grupos de edad, en 227 mujeres

Edad (años)	Número	%
≤20	24	10.5
21-30	85	37.4
31-40	87	38.5
41-49	31	13.6
Total	227	100.0

Cuadro II
Caracterización de las variables de estudio consignadas en 227 expedientes clínicos de mujeres con cervicovaginitis

Variable	Frecuencia	%
Cuadro clínico		
Suficiente	110	48.5
Insuficiente	117	51.5
Exploración ginecológica		
Sí	24	10.6
No	203	89.4
Auxiliares diagnósticos		
Sí	61	26.9
No	166	73.1
Tratamiento específico		
Sí	57	25.1
No	170	74.9
Tratamiento pareja		
Sí	47	20.7
No	180	79.3
Tratamiento complementario		
Sí	56	24.7
No	171	75.3

Cuadro III
Diagnóstico registrado en 227 expedientes clínicos de mujeres con cervicovaginitis

Diagnóstico	Frecuencia	%
Cervicovaginitis por <i>Trichomonas vaginalis</i>	11	4.8
Cervicovaginitis por <i>Candida albicans</i>	14	6.2
Cervicovaginitis por <i>Gardnerella vaginalis</i>	21	9.3
Cervicovaginitis mixta	01	0.4
Cervicovaginitis inespecífica	180	79.3
Total	227	100.0

Discusión

En la literatura no se informan estudios que identifiquen o estén dirigidos a caracterizar el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis, la mayoría se enfoca principalmente a la prevalencia y etiología.

La presente investigación se enfoca a la caracterización del diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis apegados a los criterios contenidos en la norma oficial mexicana y a las guías clínicas del IMSS, derivadas a su vez de la primera.

Reportes de otras investigaciones han identificado a *Gardnerella vaginalis* como una de las principales causas de cervicovaginitis hasta en 22.6 %, seguida de *Candida albicans* y luego por tricomoniasis.^{5-7,9}

Los resultados del presente estudio no difieren de los anteriores en cuanto a etiología, ya que *Gardnerella vaginalis* está en primer lugar con 9.3 %, a continuación la candidiasis con 6.2 % y tricomoniasis con 4.8 %.

Debe tomarse en cuenta que en este estudio la prevalencia de acuerdo con la etiología sólo se especificó en 20.7 % de los ca-

sos, ya que en el porcentaje restante los diagnósticos se registran solamente como *cervicovaginitis* sin identificar tipo ni características del flujo, mismas que sólo se indican en la mitad de los casos sin mencionar antecedentes del tipo de contacto sexual, prurito vulvar, sintomatología urinaria y mal olor.

Por lo anterior, es evidente que en casi 80 % los diagnósticos no se realizan apegados a los criterios contenidos en la norma oficial mexicana y la guía clínica para la atención de la cervicovaginitis implementada en el IMSS y derivada de la norma. La confirmación diagnóstica a través de auxiliares de laboratorio disponibles en el primer nivel de atención, como el cultivo de exudado vaginal, apenas se utilizó en 26.9 % de los casos. Como consecuencia, el apego al tratamiento específico no se fundamenta de acuerdo con los criterios mencionados, lo que propicia que las pacientes sean multitratadas o no se resuelva la enfermedad y tiendan a la cronicidad, factor de riesgo para amenaza de parto prematuro, esterilidad tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica o, incluso, para cáncer cervicouterino, como se describe en diversos estudios.^{7,12,14}

Considerando que los casos producidos por *Gardnerella vaginalis* son los más frecuentes, se esperaban porcentajes mayores que los encontrados de 30 y 15 % para prurito vulvar y sintomatología urinaria, respectivamente, además de que son datos de suma importancia para orientar hacia el diagnóstico correcto y el tratamiento específico.

El bajo porcentaje de exploración ginecológica no tiene una explicación técnico-médica. Algunos argumentos manifestados por el personal que otorga la atención médica son condiciones inadecuadas de los consultorios, insuficiencia de recursos materiales, falta de personal paramédico asistente y otros, como la no disposición de las pacientes. Datos de los cuales no tenemos evidencia ni son motivos del presente estudio.

De acuerdo con la norma oficial mexicana, el tratamiento a la pareja sólo se debe proporcionar en diagnóstico de cervicovaginitis por tricomonas, ya que ésta es una enfermedad de transmisión sexual.¹⁶ Aunque en este estudio sólo se otorgó a 20 % de los casos,

no se discriminaron aquéllos cuya causa fuera por tricomonas.

Así mismo, las actividades complementarias o médico-preventivas fueron desestimadas, pues su recomendación se realizó en bajo porcentaje, a pesar de su importancia en la prevención y tratamiento de las cervicovaginitis y de que así se sugiere en la norma oficial mexicana y guías clínicas.

Martín Martínez-Ojeda et al. Diagnóstico de cervicovaginitis

Conclusiones

La cervicovaginitis sigue siendo uno de los 20 principales motivos de consulta en medicina familiar.

Los criterios para el diagnóstico y tratamiento se relacionaron en muy baja proporción con los criterios de la norma oficial mexicana y guías clínicas institucionales.

El uso de los auxiliares de diagnóstico para la cervicovaginitis no es suficiente para una mejor orientación del diagnóstico y tratamiento específico.

La recomendación de medidas complementarias preventivas, lo cual facilitaría el involucramiento de la mujer en la prevención y atención del daño de este padecimiento, se dio en menos de la cuarta parte de los casos atendidos.

Se requiere tener presente los criterios de diagnóstico y tratamiento descritos en la norma oficial mexicana y las guías clínicas para mejorar la calidad de la atención de las mujeres con cervicovaginitis.

Referencias

1. Velasco-Murillo V, Pozos-Cavanzos JL, Cardona-Pérez JA. Enfermedades infecciosas del cérvix uterino, vagina y vulva: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Med IMSS 1999;37(3): 185-191.
2. Oviedo-Morales MA, Reyes-Morales H, Flores HS, Pérez CR. Fundamentos de las guías clínicas basadas en evidencia. En: Reyes MH, Pérez Cuevas R, Trejo y Pérez JA, editores. Guías de práctica clínica para medicina familiar. México: El Manual Moderno; 2004. p. 9-13.
3. División Técnica de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS 2002. Rev Med IMSS 2003;41(5):441-448.

4. Trejo-y Pérez JA, Hernández LB, Carrasco RJR, Ducoing DDLR. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias, tricomonas y candida. En: Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Trejo-y Pérez JA, editores. Enfermedades infecciosas. Guías de práctica clínica para medicina familiar. México: El Manual Moderno; 2004. p. 90-93.
5. Clinical Effectiveness Group de AGUM/MSS-VD. Management of *T. vaginalis* 2001. Disponible en <http://www.mssvd.org.uk/PDF/NewCEGS0101/tv0101.PDF>
6. Young GL, Jewell D. Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd).
7. Flores RGA, Alvarado G, Guerrero GC. Enfermedades infecciosas cervicovaginales en mujeres de edad reproductiva en el Hospital Universitario de Puebla durante 2001, XXVII Congreso Anual de la AMIMC, 2002.
8. Mendoza GA, Sánchez VJT, Sánchez PI, Ruiz SD, Tay ZJ. Frecuencia de vaginosis producida por Gardnerella vaginalis y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital en la mujer. Ginecol Obstet Mex 2001;69(7):272-276.
9. Martínez TMA, Barria A, Meneses R, et al. Vulvovaginitis en la adolescencia: estudio etiológico. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(6):499-502.
10. Flores PR, Rivera SR, García-Jiménez E, Arriaga-Alba M. Etiología de la infección cervicovaginal en pacientes del Hospital Juárez de México. Salud Pública Mex 2003;45(5):s694-s697.
11. Casanova RG, Narcio RLE, Ortiz IJ, Beltrán ZM, Castelo ME. Utilidad del examen en fresco para el diagnóstico de candidiasis. Ginecol Obstet Mex 1997;65:87-92.
12. Calzolari E, Masciangelo R, Melite V, Verteramo R. Bacterial vaginosis and contraceptive methods. Int J Gynecol Obstet 2000;70:341-346.
13. Holzman C, Leventhal JM, Qiu H, Jones NM, Wang J. Factors linked to bacterial vaginosis in nonpregnant women. Am J Public Health 2001;91(10):1664-1670.
14. Beltrán MJ, Ávila VMA, Valdillo OF, Hernández GC, Peraza GF, Olivares MS. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2002;70(4):203-209.
15. Flores-Paz, Rivera-Sánchez R, García J, Arriaga M. Etiología de la infección cervicovaginal. México: Salud Pública Mex 2003;45(Supl 5):S694-S697.
16. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. PROY-NOM-039-SSA2-2000. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nom-sida/its.pdf> rm