

11226
2ej
52

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CLINICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2



COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA BLENORRAGIA

TESIS

QUE PRESENTAN PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR



JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
Hermosillo, Sonora

EL MEDICO CIRUJANO

J. Rubén Calderón Ortiz

Vbo
[Signature]

Dr. José Felipe Carrillo Martínez
Clave: CS - 1358

ASESOR

Dr. Juan Manuel Castro Quintero

[Signature]

Vbo
[Signature]
Dr. Miguel B. Romero / S.
Mat. 2157924

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

HERMOSILLO, SONORA, MEXICO, FEBRERO DE 1984.



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.

A N T E C E D E N T E S

Es más importante saber que clase de paciente tiene una enfermedad que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente.

William Osler

La gonorrea es considerada como la más vieja de las cinco enfermedades venéreas. El emperador de la China Huang-Ti (2637 a. C.) definió la enfermedad como una inflamación de la uretra causada por contacto del pene con una materia de naturaleza peculiar emitida por los órganos genitales de la mujer. Moisés dió a conocer la enfermedad a los hebreos en el Levítico capítulo XV (unos 1500 a. C.) el cual habla de la supuración y de las disposiciones sanitarias promulgadas para el control de la enfermedad. Hipócrates (400 a. C.) conoció también la gonorrea a la que llamó "estranguria", pero fué Galeno (130 d. C.) médico griego que ejerció en Roma, quien la denominó gonorrea.

La gonorrea, frecuente en Europa durante el siglo XV, fué traída a América por las tripulaciones de las naves de Colón, que cohabitaron con las doncellas morenas de la Isla Española (Hispaniola) y que fueron infectados a su vez por el "sarampion indio", causado por una cepa virulenta de Treponema pallidum.

En 1879 describió Neisser el microorganismo causal de la gonorrea y cinco años más tarde, Hans Gram, bacteriólogo danés, facilitó la identificación del gonococo por medio de su tinción. En 1964 se produce un progreso importante cuando Thayer y Martin descubren un medio antibiótico selectivo que permite tan solo el desarrollo de las especies patógenas de Neisseria gonorrhoeae y N. meningitidis.(1)

El gonococo es un diplococo gramnegativo, mide 0.6 a 1 micra de diámetro, aerobio, no móvil, desprovisto de cápsula, necesita medio alcalino con pH de 7.2 a 7.6 y muere por exposición a los ácidos, incluso los más débiles. De acuerdo con las características morfológicas de las colonias, se clasifican en cuatro tipos, de estos solamente se consideran patógenos los tipos 1 y 2. (2)

La gonorrea es una enfermedad que se encuentra presente en todos los países, no hay inmunidad natural ni susceptibilidad racial y la infección puede acontecer en todas las edades, se calcula que afecta a unos 150 millones de individuos anualmente aunque es casi imposible de terminar las cifras exactas de morbilidad en virtud del importante subregistro que existe en todos los países. Dadas las características epidemiológicas de este padecimiento se le considera como incontrolable -- desde el punto de vista epidemiológico (1) y (2). La vía de contagio en el adulto es la sexual.

La gonorrea es la más frecuente de las enfermedades venéreas en nuestro medio, en México se registró en 1943 una tasa de morbilidad de 158.1, ésta evolucionó en un descenso importante reportándose en 1966 una tasa de 25.6 por 100,000 habitantes (3), posteriormente evolucionó en franco ascenso reportándose en 1977 una tasa de 32.1 (4). La tasa de mortalidad siempre ha sido sin valor estadístico, el último reporte encontrado (1975) menciona 7 defunciones (5). Una muestra de la dificultad de contar con tasas reales de morbilidad la tenemos al comparar las cifras altas reportadas por el I.M.S.S. (donde virtualmente no -- existe subregistro de este padecimiento), con las registradas en el total de la población; en 1978 reportó el I.M.S.S. una tasa de morbilidad de 110.7 por 100,000 derechohabientes a nivel nacional, (6), mientras que S.S.A. reportó 30.6 en ese mismo año a nivel nacional.

La gonorrea tiene un claro predominio por el medio urbano, en donde se registran hasta el 77% de los casos. Los grupos de edad más afectados corresponden a los comprendidos entre los 15 y 44 años de edad; los grupos de población más afectados corresponden a prostitutas, hombres sexuales, viajeros, trabajadores migratorios, estudiantes y en general todas aquellas personas con problema de conducta y de adaptación social a la comunidad. Tiene un claro predominio por el sexo masculino, aunque en esto influyen mucho los problemas de diagnóstico; en 1972 en un estudio de 586 contactos asintomáticos de pacientes con gonorrea, Pariser encontró: a) gonorrea asintomática en el 90% de mujeres infectadas aproximadamente; b) gonorrea asintomática en el 10% aproximadamente de los hombres infectados; c) gonorrea rectal asintomática en mujeres con cultivos cervicales positivos. (7)

Los síntomas aparecen de 1 a 12 días después del contagio, con mayor frecuencia de 3 a 5 días, estos datos han sido encontrados en el varón. En la mujer no ha sido posible determinar el período de incubación. La uretritis anterior aguda es la manifestación más frecuente de infección gonococcica en el hombre, el comienzo es brusco con molestias uretrales y polaquiuria, posteriormente se agrega secreción uretral que rápidamente se hace purulenta y disuria. De continuar la evolución natural de este padecimiento hay invasión de la uretra posterior, seguidamente de la prostata, las vesículas seminales y el epididimo. En las mujeres el cuadro clínico es el de una vulvovaginitis y el diagnóstico clínico se hace por exclusión; las zonas afectadas son primeramente el cuello uterino, posteriormente la uretra y, en ocasiones, las glándulas de Skene y Bartholin.

El diagnóstico es relativamente sencillo en el hombre tomando en cuenta el cuadro clínico característico y el antecedente epidemiológico, en la mujer por el contrario el diagnóstico es bastante difícil y en los casos sospechosos es necesario estudiar un frotis de exudado y cultivo en medio de Thayer-Martin. Shadid recomienda, en los casos sospechosos, practicar siempre los dos estudios. (8)

Dentro de las complicaciones, las encontradas con más frecuencia son: dermatitis, ésta se observa en 1 a 2% de los pacientes con gonorrea y en la mayoría de los casos se trata de mujeres; b) Enfermedad inflamatoria pelviana, se considera que aproximadamente la mitad del total de los casos reportados son secundarios a gonorrea; c) la perihepatitis tiene lugar hasta en el 30% de las mujeres con enfermedad inflamatoria pelviana (9); d) carditis, en la actualidad menos del 5% son dependientes de este germen, es una complicación grave que pone en peligro la vida; e) la gonorrea oftálmica es primariamente un problema neonatal aunque son raros los casos en el adulto; f) meningitis, esta localización es rara y el diagnóstico diferencial con meningitis meningococcica es difícil; g) artritis, el gonococo es el germen más frecuentemente encontrado en las artritis infecciosas y predomina en la mujer en proporción de cinco a uno; h) prostatitis, es la complicación más frecuente en el hombre y se presenta hasta en el 40% de portadores asintomáticos.

Como se menciona en los párrafos anteriores, las complicaciones de la gonorrea se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, se considera que esto es debido a las dificultades para el diagnóstico oportuno y por ende para el tratamiento; además se han mencionado factores que favorecen la aparición de dichas complicaciones como son el embarazo, la cirugía pélvica y la menstruación. (10)

El manejo en la época actual es bastante sencillo, el medicamento de elección es la penicilina G procaína en suspensión acuosa siguiendo el esquema y las dosis ya establecidas. Como medicamentos alternativos se han utilizado la ampicilina, espectinomina, tetraciclinas, kanamicina y cefazolina. El manejo de las complicaciones se hace con los mismos medicamentos, solamente modificando el esquema dependiendo de la localización y la gravedad del cuadro. Cabe mencionar que en los últimos tiempos se han encontrado en América cepas productoras de penicilinas en Argentina, Canadá, E.U.A., México y Panamá. (11)

La prevención de este problema siempre se ha presentado como algo muy difícil de conseguir debido a factores como la ausencia de inmunidad después de la infección, dificultades para el diagnóstico en portadores asintomáticos, dificultades para el control de personas con alto riesgo de contagio, etc.

Se han intentado métodos de control como la administración de penicilina V o penicilina benzatínica a personas con alto riesgo sin lograr resultados satisfactorios ya que no se logran niveles séricos satisfactorios. Se han observado resultados satisfactorios con el uso del preservativo pero es difícil la motivación para su uso. Clifford con base en un estudio realizado en 1980, propone la utilización de acetato fenilmercurio en forma de ovulos, el encontró posible la motivación de las mujeres para su uso, lográndose el doble fin de profiláctico y anticonceptivo. (12)

J U S T I F I C A C I O N :

Ya hemos mencionado la gran dificultad existente para el control epidemiológico de este padecimiento, además algunas características socioeconómicas propias de esta región, como por ejemplo, el hecho de estar situada casi dentro de la franja fronteriza, condicionan que el problema tenga en nuestro medio una frecuencia más elevada que en el promedio del país.

Ante estos hechos, nos hemos acostumbrado a ver este padecimiento como algo cotidiano, y como consecuencia, tendemos a restarle importancia a su manejo. Es por tanto necesario conocer cual es el estado actual que guarda este padecimiento en nuestro medio, así como su evolución en los últimos años, esto es necesario para poder situarnos dentro del contexto real del padecimiento y, de esta manera, enfrentar el problema de una manera adecuada para nuestro medio.

Con base en lo anterior se realizó el siguiente estudio, descriptivo, sobre el comportamiento epidemiológico de la gonorrea en el período de seis años comprendidos de 1978 a 1983 en la población usuaria del Hospital General de Zona No. 2, I.M.S.S., Hermosillo, Son.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

La información obtenida se tomó de los casos reportados como ble-norragia o enfermedades gonococcicas (C.I.E., OMS 0,98) en las hojas - de informe semanal de enfermedades transmisibles (forma 4-31-1 MP/79) en la población adscrita al Hospital General de Zona No. 2, en Hermosillo, Son. Esta fuente de información se utilizó para recopilar los datos del período comprendido entre los años de 1978 y 1982. Los datos - referentes al año de 1983 se tomaron de las hojas de estudio epidemio-lógico de los pacientes que fueron captados por el servicio de Medicina Preventiva con el diagnóstico antes mencionado.

En los años de estudio se registró el número total de casos notificados anualmente, se correlacionó esta información con el número total de población usuaria en cada año y se determinó la tasa de morbili-dad en los respectivos años. Se registró el comportamiento del padeci-miento de acuerdo al número de casos presentados en los distintos me--ses del año. Se determinó el canal endémico para el año 1983 y se tra-zó su comportamiento epidemiológico.

En los casos reportados en el año de 1983 además de lo mencionado arriba, se determinó la distribución por grupos de edad y sexo, regis-trándose además el número de contactos tratados.

Por último, se determinó el número de casos esperados para 1984 y su comportamiento en los distintos meses del año.

A N A L I S I S

Se encontró que ha habido pocas modificaciones en cuanto al número de casos presentados anualmente; en 1978 se reportaron un total de 205 casos, en 1979 fueron 176, en 1980 se registró el número más alto con 210 casos, en 1981 inicia un descenso reportándose 200 casos, en 1982 y en 1983 fué de 195 casos.

En cuanto a las tasas de morbilidad si encontramos tendencia al descenso; en 1978 la tasa fué de 185.19 por 100,000 derechohabientes; en 1979 fué de 152.80; en 1980 de 176.04; en 1981 de 160.13; en 1982 de 149.07 y en 1983 fué de 145.19. Cabe recordar que estas tasas son en relación con la población usuaria registrada en los períodos mencionados, no al número total de derechohabientes.

Con referencia a la variación estacional, se encontró que muestra una tendencia al descenso en los meses de marzo y abril, con una elevación en mayo-junio, vuelve a descender en septiembre y regresa a la línea media en diciembre-enero. Con la información obtenida no es posible dar una explicación analítica a este fenómeno.

En cuanto a su distribución por grupos de edad, se encontró que el más afectado fué el de 20-24 años, siguiéndole en importancia el de 15-19, el de 25-29 y el de 30-34; en los demás grupos el número de casos reportados fué de poca magnitud. En cuanto a la distribución por sexo se encontró un marcado predominio en el sexo masculino con un 91.3% del total de casos registrados; al sexo femenino le correspondió un 8.7%. Al respecto cabe recordar las dificultades diagnósticas en el sexo femenino así como el alto porcentaje de mujeres infectadas asintomáticas. (7)

Es importante mencionar que de los 195 casos registrados en 1983 solamente se trataron a 42 contactos.

Por último, con base en los datos obtenidos en los cinco años anteriores, se espera que para 1984 se registre una tasa de morbilidad similar a las anteriores.

CONCLUSIONES

- A pesar de presentar tasas de morbilidad aún bastante elevadas, esta ha presentado un franco descenso en los últimos años.
- Se encontró una variación estacional con tendencia a presentarse el mayor número de casos en los meses de mayo-junio.
- Los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre los 15 y los 34 años, resaltando el de 20-24 años.
- Hay un marcado predominio por el sexo masculino en los casos detectados.

C O M E N T A R I O S

La importancia de las enfermedades venéreas queda de manifiesto - por los datos mencionados anteriormente, pero es necesario que esta información deje de percibirse únicamente en el plano intelectual, debemos entender las implicaciones que tiene el hecho de que por cada 1000 derechohabientes de veinte a veinticuatro años de edad tengamos 31 casos de gonorrea en la población masculina así como un número no determinado entre la población femenina. Ante este panorama, que es un reflejo de la situación a nivel mundial, se celebró en 1981 el Primer -- Congreso Mundial sobre enfermedades de transmisión sexual donde se re-calcó la importancia creciente del problema y la necesidad de modifi--car los conceptos tradicionales de enfoque.

Debemos recordar que la Medicina Familiar tiene como objetivo for-mar médicos que sean capaces de brindar atención primaria integral con una actitud preventiva y no meramente curativa, tomando en cuenta que no hay pérdida de salud biológica, psicológica o social en forma aisla-da, siendo por lo tanto indispensable la utilización de un enfoque big psicosocial del individuo que nos permita cuestionar nuestra actitud - hacia este tipo de padecimientos.

Biológicamente nos encontramos ante una patología bien conocida, - y relativamente fácil de tratar, aunque, paradójicamente, imposible de controlar desde el punto de vista epidemiológico; pero es ante esta fa-cilidad relativa para su tratamiento que generalmente nos limitamos a extender una receta o un pase de envío y considerar solucionado el pro-blema. Ante esta situación se tiende a olvidar los aspectos psicosocia-les, y no se toma en cuenta que nos encontramos ante una pérdida de va-lores morales condicionada por una sociedad capitalista en decadencia que, al convertir al hombre en un engranaje no indispensable de la má-quina, lo obligan a perder su individualidad y favorecer que las rela- ciones humanas se conviertan esencialmente en las de autómatas enaje- nados, en las que cada uno basa su seguridad en mantenerse cerca del - rebaño y en no diferir en el pensamiento, el sentimiento o la acción, - esto condiciona límites morales estrechos que al intentar ser modificada

dos por las nuevas generaciones favorecen condiciones como la promiscuidad sexual y la prostitución, esta última condicionada además por las relaciones sociales de explotación, se convierte en una válvula de seguridad (cada vez menos eficaz) contra la presión de un código moral que esta siendo desbordado.

Estas modificaciones en los patrones culturales de la sociedad -- tienen su repercusión lógica en el núcleo familiar, y por ende son de la competencia directa del Médico Familiar. Recordar que las ideas (políticas, jurídicas, religiosas, morales, etc.) están determinadas por la base económica de la sociedad, por lo tanto, el comportamiento social de un individuo estará determinado por un lado, por la ideología de la clase dominante, y además, por el lugar que ocupe en las relaciones sociales de producción.

Por lo tanto, debemos considerar que la gonorrea, al igual que muchas otras enfermedades, son únicamente la manifestación orgánica de una enfermedad social y como médicos tenemos la obligación de no limitarnos a manejar el aspecto orgánico sino atender también a la necesidad de modificar las estructuras sociales de explotación en que actualmente vivimos.

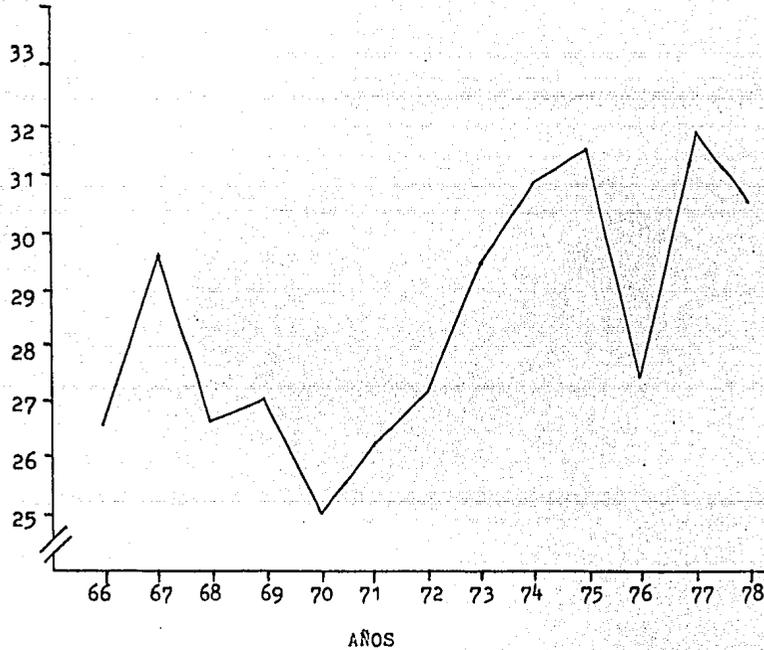
B I B L I O G R A F I A

- 1.- Fiumara, N.: Diagnóstico y tratamiento de la gonorrea. Clín. Med. N.A.. 1105-1113, 1972.
- 2.- Kumate, J.: Manual de Infectología, México, 1981.
- 3.- Gonzalez, A.: Las enfermedades venéreas en México. Prensa Med. Méx., XXXIX: (9-10) 389-394. 1974.
- 4.- Casos notificados de enfermedades transmisibles, Estados Unidos Mexicanos. 1975-1979. SSA, 1981.
- 5.- Gonzalez, A.: Influencia de los factores sociales, religiosos y económicos en la diseminación de las enfermedades venéreas en el adolescente. Prensa Méd. Mex. XXXIX: (11-12) 490-493, - 1974.
- 6.- De la Loza, A.: Principales caracterizaciones epidemiológicas de algunas de las enfermedades transmisibles en la población amparada por el IMSS. Sal. Pub. de Méx. XXII (5), Sept-Oct., - 1980.
- 7.- Pariser, H.: Gonorrea asintomática. Cín. Med. NA. Sept., 1972
- 8.- Shadid, M.: Consideraciones sobre la blenorragia en mujeres - con alto riesgo epidemiológico. Bol. Of. Pan. de la Salud. -- Jul., 24-27, 1976.
- 9.- Goobar, J.E.: Uretritis gonococcica, adelantos recientes. Clín. Med. NA. 1115-1123, 1976.
- 10.- Stephen, J.K.: Complicaciones de la infección gonococcica. -- Clín. Med. NA. 1115-1123, 1972.
- 11.- Distribución mundial de Neisseria gonorrhoeae productora de - B-lactamasa. Informe Epidemiológico anual. Sal. Púb. Méx., -- XXII (3) May-Jun, 1980.
- 12.- Harnecker, M.: Los conceptos elementales del materialismo his tórico. Siglo veintiuno ed., Méx., 1981.
- 13.- Fromm, Erich.: El arte de amar. Ed. Paidós, España, 1980.

14.- De la Sierra, Trifón: El método científico aplicado a la clínica. UAM, México, 1982.

MORBILIDAD POR BLENORRAGIA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1966-1978

Tasa por
100,000 habitantes

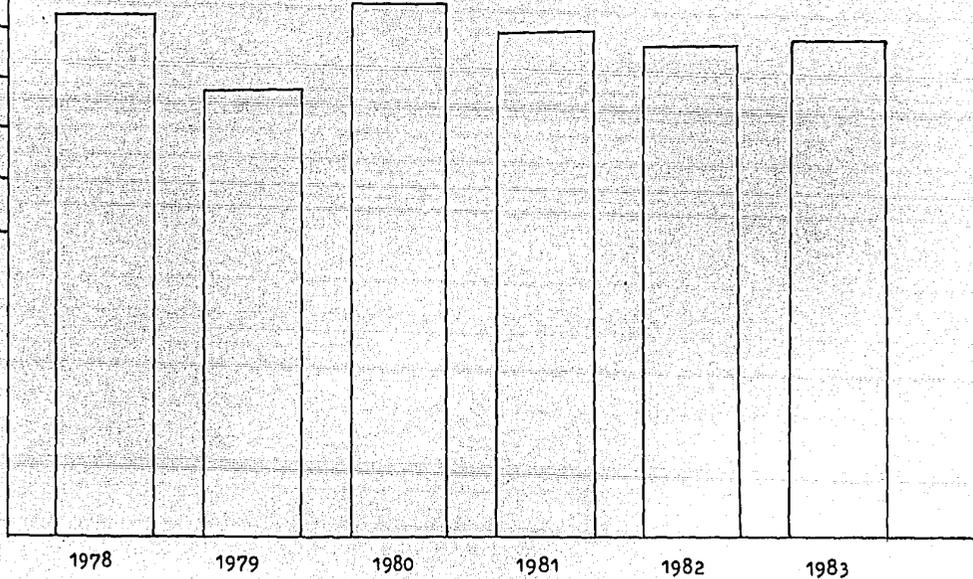


Fuente: Informe Epidemiológico Anual
SSA, 1981.

TOTAL DE CASOS DE BLENORRAGIA REPORTADOS ANUALMENTE EN POBLACION
USUARIA DERECHAHABIENTE DE LA C.H.G.Z. N° 2 CON. M. F.
DE 1978 a 1983, HERMOSILLO, SON.

Nº de
casos

200
180
160
140
120



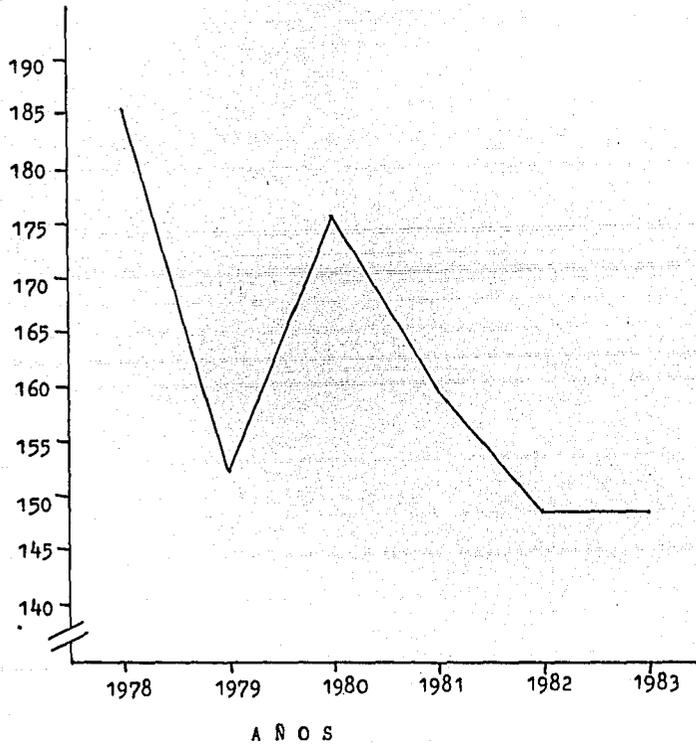
A Ñ O S

Fuente: Informe semanal de
enfermedades transmisibles
(forma 4-30-1/79)

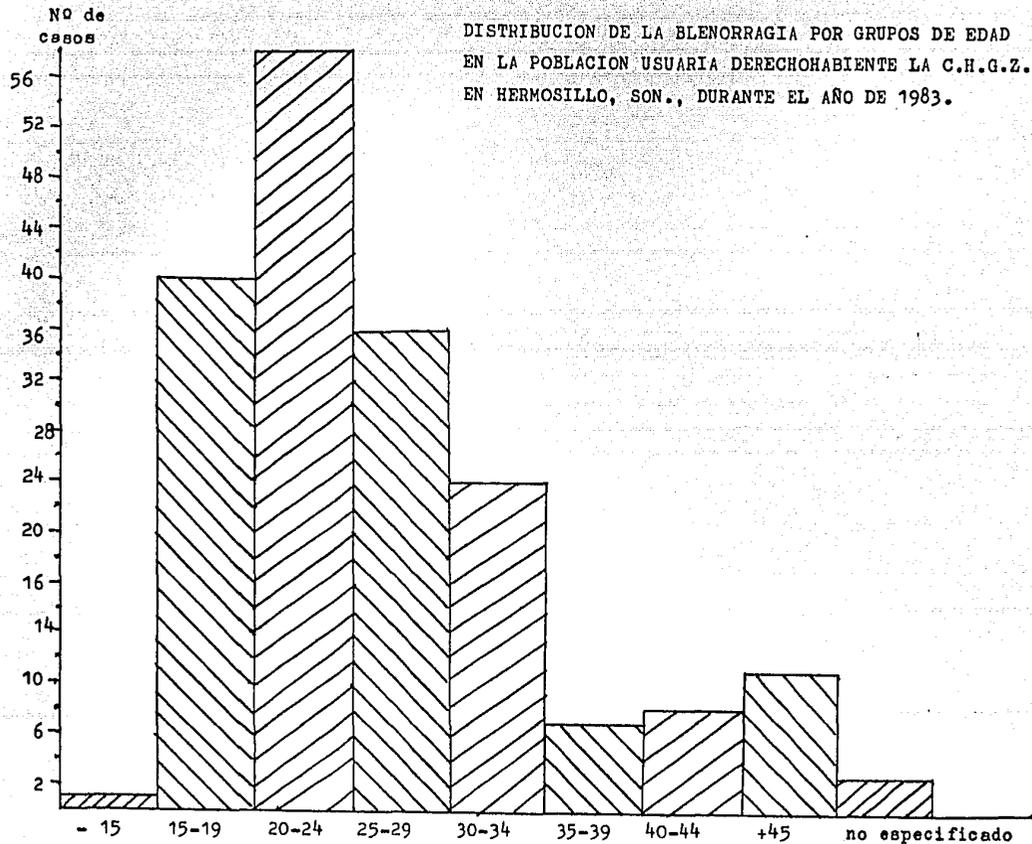
MORBILIDAD POR BLENORRAGIA DE LA POBLACION USUARIA DERECHOHABIENTE
DEL IMSS EN LA C.H.G.Z. Nº 2 CON. MF, HERMOSILLO, SON.

Tasa por
100,000 derechohabientes

1978-1983

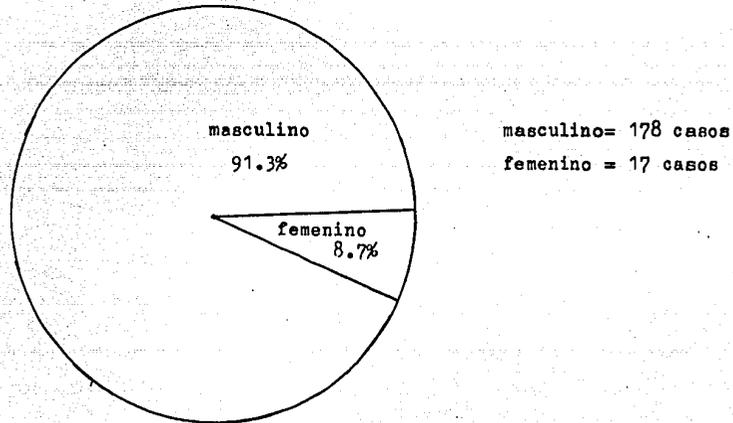


Fuente: Informe semanal de enfermedades
transmisibles (forma 4-30-1/79)



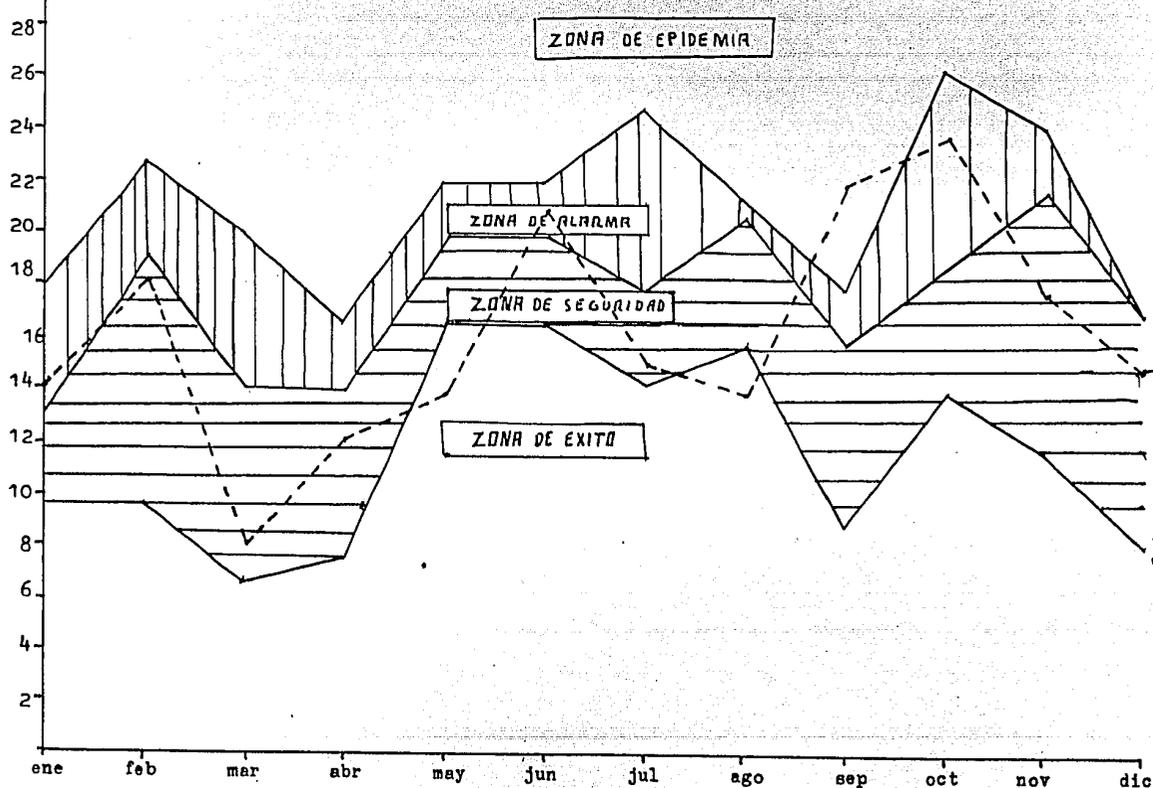
Fuente: Estudios epidemiológicos

DISTRIBUCION DE LA BLENORRAGIA POR SEXO EN LA PO-
BLACION USUARIA DERECHAHABIENTE EN LA C.H.G.Z. N° 2
EN HERMOSILLO, SON. DURANTE EL AÑO DE 1983



fuelle: estudios epidemiológicos

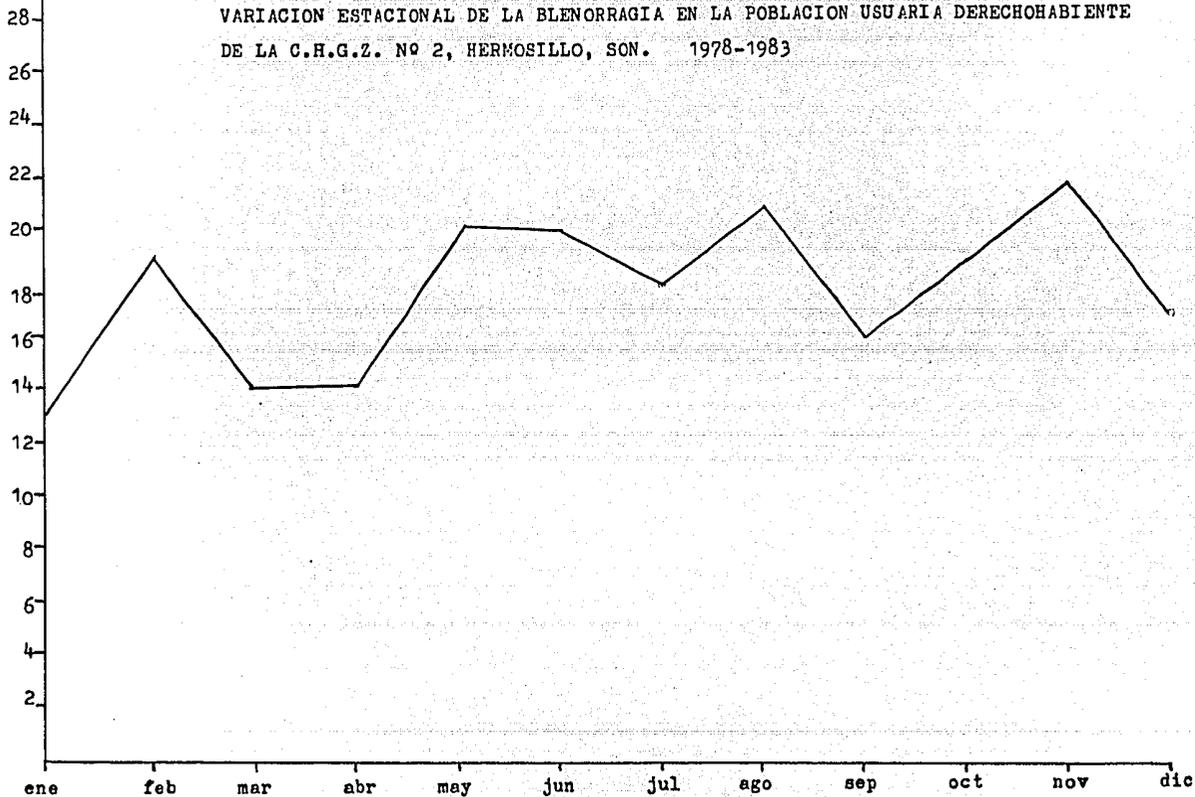
COMPORTAMIENTO DE LA BLENORRAGIA (VARIACION ESTACIONAL) DENTRO DEL CANAL ENDEMICO DURANTE EL AÑO DE 1983 EN LA C.H.G.Z. Nº 2 EN HERMOSILLO, SON.



fuentes: -inf. semanal de enf. trans. (4-30-1/79)
 -estudios epidemiológicos

Nº de casos

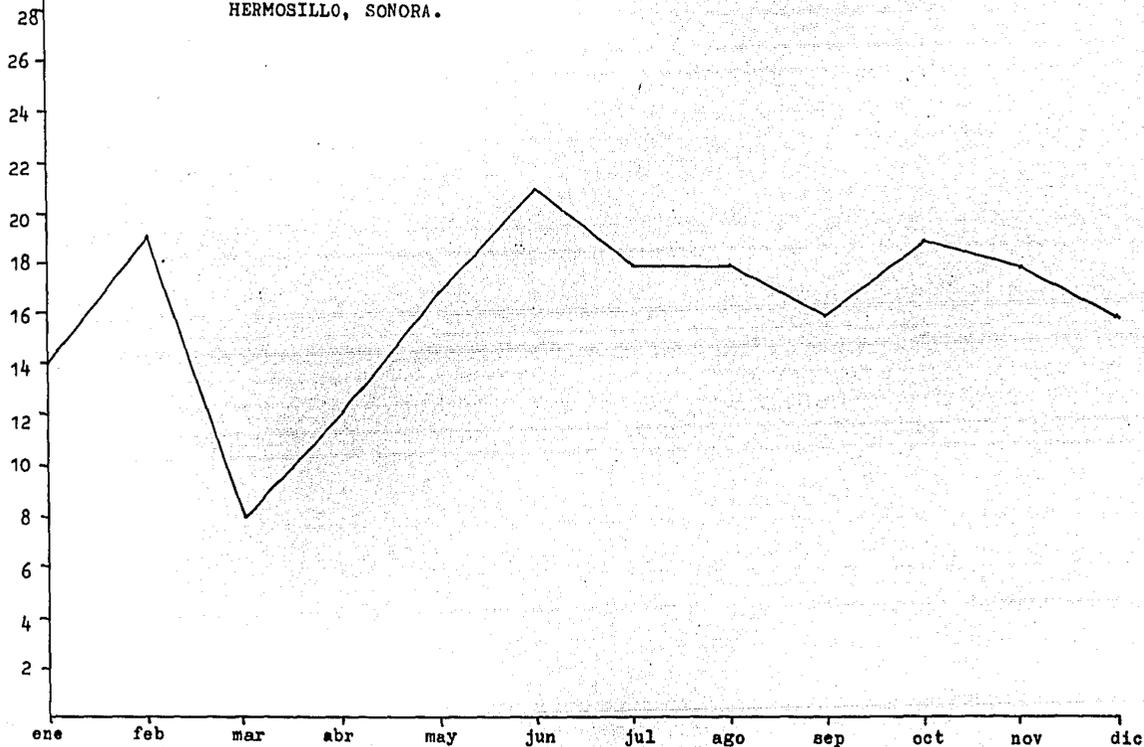
VARIACION ESTACIONAL DE LA BLENORRAGIA EN LA POBLACION USUARIA DERECHOHABIENTE
DE LA C.H.G.Z. Nº 2, HERMOSILLO, SON. 1978-1983



fuentes: - inf. semanal de enf. transmisibles
- estudios epidemiológicos

Nº de casos

VARIACION ESTACIONAL DE LA BLENORRAGIA ESPERADA PARA 1984
EN LA POBLACION USUARIA DERECHAHABIENTE DE LA C.H.G.Z. Nº 2
HERMOSILLO, SONORA.



fuentes: informe semanal de enf. transmisibles (1978-1982)
estudios epidemiológicos (1983)