

11226  
29  
263



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**INFLUENCIA DE LA FALTA DE EXPLORACION  
INSTRUMENTADA EN LA CRONICIDAD DE LA  
CERVICO VAGINITIS**



**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A  
DR. JOSE RAFAEL PADILLA ARTEAGA**

**GENERACION  
1983 - 1985**



MEXICO, D. F.

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.

## I N D I C E:

Objetivos . . . . .	( 1 )
Antecedentes Científicos. . . . .	( 2 )
- Problema Mundial de las Enfermedades transmisibles	( 2 )
- Investigación epidemiológicas de las enf. transm.	( 3 )
- Exámen de Salud . . . . .	( 5 )
- Causas y Síntomas más frecuentes de córvico-vag. .	( 5 )
- Leucorrea . . . . .	( 6 )
- Diagnóstico diferencial de las causas de Leucorrea	( 8 )
- Vaginitis no infecciosa . . . . .	(10 )
- Vaginitis infecciosa. . . . .	(11 )
Planteamiento del problema . . . . .	(15 )
Hipótesis . . . . .	(15 )
Material y Métodos . . . . .	(15 )
Recolección . . . . .	(16 )
Presentación de Resultados. . . . .	(20 )
- Cuadro No. 1, 2. . . . .	(22 )
- Cuadro No. 3, 4. . . . .	(23 )
- Cuadro No. 5, 6. . . . .	(24 )
- Cuadro No. 7, 8. . . . .	(25 )
- Gráfico No. 1, 2 . . . . .	(26 )
- Gráfico No. 3, 4 . . . . .	(27 )

- Gráfico No. 5, 6 . . . . .	(28 )
- Gráfico No. 7. . . . .	(29 )
Análisis e Interpretación . . . . .	(30 )
Conclusiones . . . . .	(32 )
Comentarios . . . . .	(34 )
Resumen . . . . .	(35 )
Bibliografía . . . . .	(37 )

O B J E T I V O S:

- 1.- Disminuir la cronicidad de la Cérvico-Vaginitis.
- 2.- Promover el diagnóstico específico y la exploración ginecológica instrumentada en el primer nivel.

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La Cérvico Vaginitis como entidad nosológica, es la más frecuente de todos los trastornos ginecológicos y, por sus manifestaciones una de las causas más frecuentes de solicitud de consulta de primer nivel. Por su característica infecto-contagiosa y que se presenta afectando a casi todas las mujeres en determinada época de su vida, parecería adecuado hacer un análisis breve del saneamiento y sanidad ambiental, así como de las enfermedades transmisibles desde el punto epidemiológico para valorar la trascendencia de la enfermedad que nos ocupa.

### PROBLEMA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

La infección representa la infestación o invasión del organismo por alguna otra forma de vida ... pudiéndose tratar de una bacteria, un virus, una rickettsia, un hongo, un protozoario, metazoario; en todo caso un parásito que viene del ambiente que nos rodea. (4).

Así, viniendo del exterior las infecciones, nos permiten observar que el control y erradicación, así como su extensión, son índices de saneamiento y estado sanitario ambiental, directamente dependientes del nivel económico y social de la pobla-

ción.

Hay que considerar tres factores para el mantenimiento de las enfermedades transmisibles:

- a) Microorganismo patógeno: virulencia, toxicidad y ciclo biológico.
- b) Calidad de la población que se pone en contacto con el organismo patógeno, considerando aquí, la existencia de casos inaparentes o desconocidos, clínicos o no, que están constituidos por aquellos en los cuales, por alguna razón, no se hizo el diagnóstico, por los que no se denunciaron, por los que no tuvieron atención médica, y en general, por todos aquellos que pasaron desconocidos. (ibidem, pp 221-226).
- c) Y por último, las fuerzas que mantienen el fenómeno dinámico de la infección en una colectividad, considerando en este punto su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

#### INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La investigación epidemiológica de las enfermedades infecciosas se plantean en 3 circunstancias diferentes:

- I) Frente a cada caso en particular.
- II) Frente a las características epidemiológicas de la enfermedad en la población y en un determinado periodo para observar las tendencias.
- III) Y frente a condiciones epidémicas.

Las diferentes fases de esta investigación pueden ser si multáneas y se van realizando a medida que se conocen los casos. Siempre habrá que tener una hipótesis previsoras de trabajo para aplicar tempranamente las medidas de control.

Desde un punto de vista enunciativo, las diferentes fases de investigación podrían ser las siguientes:

- 1.- Estudio epidemiológico de cada caso conocido.
- 2.- Distribución de los casos en relación al tiempo, espacio, etc.
- 3.- Condiciones sanitarias de la localidad.
- 4.- Demostración de la existencia de la epidemia.
- 5.- Hipótesis previsoras.
- 6.- Condiciones previsoras y medidas de control.
- 7.- Análisis definitivo de la epidemia.
- 8.- Recomendaciones permanentes.

### EXAMENES DE SALUD:

Cuando un individuo que presenta síntomas de alguna enfermedad o alteración orgánica, acude al médico en busca de diagnóstico y tratamiento. Este investiga los síntomas y hace un examen de enfermedad. Es un examen que deberá ser completo, comprendiendo clínica, laboratorio y hábitos en relación con el ambiente familiar y social del individuo en estudio. Aceptamos que el examen de salud debe ser completo, periódico, de intención educativa del grupo familiar, indagando su ambiente de vida. Simultáneamente al verificar la normalidad orgánica, es necesario poner atención en la búsqueda de los síntomas tempranos de aquellos padecimientos prevalentes en la localidad. (ibidem, pp 255-258).

### CAUSAS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES DE CERVICOVAGINITIS.

El término cervicovaginitis se refiere a cualquier infección o inflamación de la mucosa vaginal y cuello cervical. Se trata de dos entidades nosológicas que pueden ocurrir por separado y conjuntamente o que una determine la presencia de la otra.

Siendo la vaginitis crónica, la instrumentación y lacera-

ción en el cérvix, la que condiciona más frecuentemente la aparición de cervicitis. Pero desde un punto de vista infecto-contagioso, que es el que nos ocupa en el momento, la etiología para ambas entidades es la misma, teniendo además dentro de la sintomatología un punto cardinal de coincidencia que es la LEUCORREA, la cual varía según el agente etiológico. Por tal motivo y para fines descriptivos se hará primero un análisis de la leucorrea como manifestación de enfermedad y sus agentes etiológicos más frecuentes.

#### LEUCORREA:

Significa cualquier pérdida de líquido procedente de los genitales femeninos, siendo habitualmente blanco debido a la presencia de células exfoliativas o inflamatorias. Normalmente hay secreción del útero, la vagina, y las glándulas de Bartholin, pero tales secreciones no son suficientemente importantes para llamar la atención de la paciente. En momentos de excitación sexual las secreciones pueden aumentar, así como inmediatamente antes y después del periodo menstrual. Pero la persistencia de cierta cantidad, cuando mancha la pantaleta, y produce molestias locales, la secreción debe considerarse anormal. Así también la presencia de un olor seriamente objetable puede indicar una infección vaginal-cervical o vulvar.

Con la mayor parte de las infecciones cérvico-vaginales, además del flujo, la paciente suele presentar irritación vulvar y prurito que son más notorios al orinar; lo que puede hacer pensar a la paciente y médico, en el diagnóstico equivocado de cistitis o uretritis, en especial si sólo se estudia una muestra de micción. (10).

Considerando un estudio citológico de frotis vaginal para todas las pacientes que ya han tenido hijos, o mayores de 26 años, aunado a una exploración completa e historia clínica adecuada, nos dará como resultado el diagnóstico de certeza para todas ellas.

Las preparaciones del flujo vaginal deben inspeccionarse húmeda y en fresco para buscar primero *Trichomonas Vaginalis*. Buscar las zonas intensamente turbias del frotis y especialmente el recubrimiento de las zonas epiteliales por una miríada de pequeñas bacterias negruzcas, estas son probablemente *Haemophilus vaginalis*. Añadir después hidróxido de potasio al 10% para limpiar el campo de hematíes y así poder ver las hifas y esporas de *Cándida*. El examen de coloración de Gram permite identificar los Diplococos Gram negativos intracelulares (*Neisseria gonorrhoeae*). El medio con tioglicolato es el más-

adecuado para el cultivo de *aemophilus*. (5).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS CAUSAS DE LEUCORRHEA. (Ibidem, pp. 477-478).

COLOR	CONSISTENCIA	CANTIDAD	OLOR	CAUSAS PROBABLES
Claro	Mucóide	+ a ++	Ninguno	La ovulación normal, estrogénico, emocional.
Lechoso	Viscosa	+ a +++	Ninguno o acre	Cervicitis o Vaginitis por <i>Haemophilus vaginalis</i> .
Blanca	Delgada con grumos	+ a ++	Rancio	Hipoestrinismo inespecífico.
Amarillo Verdoso	Espumoso	+ a +++	Fétido	Vaginitis <i>Trichomona</i> .
Pardo	Acuosa	+ a ++	Rancio	Vaginitis o Cervicitis. Estadio Cervical endometrial de neoplasia cervical, endometrial o tubaria.
Gris con estrías de sangre.	Delgadas	+ a +++	Maloliente	Úlcera vaginal Vaginitis piógena Cervicitis piógena Neoplasia en cualquiera de los anexos.

Cuando lo anterior se asocia a una serología positiva -- puede deberse a Sífilis, una prueba de Frei positiva sugiere Linfogramuloma venéreo, y la prueba de Dmelcos cutánea positiva ocurre en el Chancroide.

La incidencia de la Cérvico-vaginitis está influenciada por la gran variedad de factores, muchos de ellos relacionados con el tipo actual de vida y con la práctica médica actual. Empero la mayoría de los casos refractarios pueden ser resueltos si el médico establece un diagnóstico específico y vigila que la paciente siga el tratamiento adecuado e indicado. (7).

Diversos microorganismos producen infecciones vaginales. Durante los años de menstruación los agentes más infectantes o frecuentes son: *Trichomonas vaginalis*, *Monilia* o *Cándida*, - *Aemophilus vaginalis* y virus del herpes. Antes de la pubertad y después de la menopausia, el epitelio vaginal adelgazado es fácil asiento de diversos agentes infecciosos, incluyendo *Cocococ* y microorganismos inespecíficos. Los cuerpos extraños son un peligro importante durante la infancia, cuando pueden introducirse diversas cosas dentro de la vagina sin conocimiento de los padres, y aún del médico que no realiza una exploración adecuada. En otras ocasiones los pesarios insertados den

tro de la vagina en el tratamiento del prolapso que no se cambian periódicamente, pueden producir vaginitis reactiva intensa. En el mercado existen gran cantidad de líquidos para lavados vaginales que pueden producir reacciones en ciertos individuos sensibles por lo que habrá de tenerlos en cuenta. (Edmund R. Novak, op. cit., pp. 205-206).

Las vaginitis pueden ser de naturaleza no infecciosa (denominada también específica e inespecífica).

#### VAGINITIS NO INFECCIOSA:

La vaginitis atrófica postmenopáusica es el tipo más generalizado de vaginitis no infecciosa. La irritación físico-química de la mucosa vaginal puede ser causada por el empleo de medicamentos vaginales locales, preparación para duchas u otros productos para la higiene femenina, agentes espermaticidas o preservativos. (8).

Pensando en la naturaleza inofensiva de muchas infecciones vaginales; es muy fácil calcular que el problema es inespecífico y prescribir algún antiséptico o antibiótico general. Pero todas estas medidas son inespecíficas e ineficaces en el tratamiento y pueden prolongar la enfermedad o retardar el --

tratamiento definitivo. Con las técnicas actuales muy avanzadas para el estudio de cualquier enfermedad, deberá decirse adiós al diagnóstico de vaginitis inespecífica durante los años menstruales. (ibidem, pp 13-14).

#### VAGINITIS INFECCIOSA:

Puede ser viral, bacteriana, parasitaria o de origen micótico. Sin embargo, el epitelio vaginal estrogenizado y maduro es relativamente resistente a la invasión de muchos patógenos. Los más frecuentemente encontrados en la consulta son probablemente en orden de frecuencia por; hongos, C. Vaginale y Trichomonas vaginalis solos o en combinación. Algunos microorganismos, tales como gonococo y el herpes virus - tipo 2, infectan primariamente el epitelio glandular cervical durante los años reproductivos e invaden la mucosa vaginal solo en forma secundaria. La infección vaginal por el streptococo hemolítico o por micoplasma casi siempre es asintomática. Las manifestaciones e infestaciones por nemátodos no son raras en la premenarquía, aunque sí en las mujeres adultas.

Dado que se dispone de drogas efectivas para tratarlas, cualesquiera que sean los organismos causales, es importante

establecer un diagnóstico específico hasta donde sea posible en cada uno de los casos. Debe evitarse el prescribir un tratamiento sin realizar un exámen completo exploratorio y exámenes apropiados de laboratorio obteniendo así en la mayoría de las veces un 90% de casos diagnosticados específicamente.

El tratamiento será según la causa específica.

En síntesis tenemos que la cervico-vaginitis es la enfermedad más frecuente de todos los transtornos ginecológicos, y una de las causas más frecuentes de la consulta solicitada en primer nivel.

Enfermedad infecto contagiosa que afecta a todas las mujeres en alguna época de su vida.

La mayoría de las pacientes no son diagnosticadas específicamente, y los procesos ulcerativos hacen más prolongados los tratamientos médicos y en sí es un mecanismo importante de la alta prevalencia demostrada en las siguientes líneas:

CLINICA 20: AÑO 1981; reportados 3482 casos total

Incidencia 1772 casos

Prevalencia 1710 casos

OCUPANDO 18vo. LUGAR DE MORBILIDAD.

AÑO 1982; reportados 2958 casos total

Incidencia 1490 casos

Prevalencia 1468 casos

OCUPANDO 15vo. LUGAR DE MORBILIDAD.

AÑO 1983; reportados 1398 casos total (hasta  
Mayo 1983).

Incidencia 691 casos

Prevalencia 703 casos

CLINICA 41; AÑO 1982; reportados 1494 casos total

Incidencia 541 casos

Prevalencia 953 casos

OCUPANDO 18vo. LUGAR DE MORBILIDAD.

AÑO 1983; reportados 861 casos total (hasta -  
Mayo 1983).

Incidencia 419 casos

Prevalencia 442 casos

Debe mencionarse que se trata de un padecimiento específico de la mujer, y que se presenta en edades comprendidas entre los 15 y 45 años de edad, ocupando aún así el 18vo. lugar de morbilidad de los casos declarados.

sexual activa, con antecedentes o no del padecimiento.

Criterios de No Inclusión: Pacientes con diagnóstico previo de retraso mental severo, cistocele grado II-III y prolapso uterino.

Criterios de Exclusión: Pacientes con diagnóstico de Ca - Cu después del estadio II.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En párrafos anteriores observamos que la prevalencia de la cervico vaginitis guarda correlación en el número de casos con el de la incidencia, factor que traduce por sí mismo alta cronicidad del padecimiento, razón por la cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Influye la falta de exploración instrumentada en la cronicidad de la cervico vaginitis?

### HIPOTESIS:

"La ausencia de exploración ginecológica instrumentada condiciona la cronicidad de la cervico vaginitis".

### MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio es experimental, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

Criterios de Inclusión: Todas las mujeres que acudieron con sintomatología cervico-vaginal en los consultorios seleccionados, con edad entre los 15 y 45 años de edad, con vida

RECOLECCION:

Delimitación del Universo: Población total femenina entre los 15 y 45 años de edad; con vida sexual activa, con antecedentes o no de cérvico-vaginitis, derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M.S.S., que solicitaron consulta y que tenían sintomatología compatible con el diagnóstico de cérvicovaginitis.

Para determinar la cantidad aproximada de nuestro Universo, se tomó como indicador el promedio de consulta de primera vez (incidencia) de cérvico-vaginitis. El promedio de cérvico-vaginitis en la U.M.F. No. 20, se obtuvo sumando la incidencia reportada en los años de 1981, 1982 y 1983. Posteriormente se dividió entre tres, siendo igual a 1548. El promedio de 1983 únicamente comprendió seis meses, por lo que se multiplicó por dos para obtener el promedio de un año.

Escogencia de la muestra: Representativa en cantidad y calidad se estudió el 10% del Universo y se escogió por la metodología de AZAR por procedimientos COMBINADOS.

La forma de combinar fué la siguiente: Una vez conocida la cantidad de mujeres a estudiar se dividió entre cuatro, a -

fin de garantizar que cada una de las cuatro zonas que atiende la U.M.F. No. 20 quedara representada en la muestra (ESTRATIFICACION).

Una vez conocido el número de mujeres que se estudiaría - de cada zona, las distribuimos en cuatro consultorios por zona (CONGLOMERADOS).

La elección de los cuatro consultorios de cada zona se verificó por método de lotería (AZAR SIMPLE).

Todo lo anterior implicó que siendo el promedio de cérvico-vaginitis en la U.M.F. No. 20 de 1548 pacientes, se estudió un total de 157 mujeres, que divididas entre las cuatro zonas - tocó a 39 mujeres por zona, quedando a 10 mujeres estudiadas - por cada consultorio.

Quienes Recolectaron: Responsables de la investigación y asistentes médicas.

Estandarización: Por medio del Departamento de Enseñanza y la Coordinación de Asistentes médicos se reunió al grupo de asistentes que participó en el estudio, para su estandarización en el conocimiento del proyecto en general y forma de aplicar - los formatos en particular.

Como se Recolectó: Mediante entrevistas individuales, por parte de las asistentes médicas de los consultorios seleccionados, se envió a las pacientes con sintomatología compatible con cérvico-vaginitis, para aplicación de formato y exploración instrumentada en el consultorio de Planificación Familiar, donde se elaboró diagnóstico mediante exploración y laboratorio. Se procedió a dar tratamiento específico y electrofulguración a las pacientes en que la leucorrea se acompañaba de lesión cervical y tratamiento específico en las que existía únicamente leucorrea. Se consideró curada a toda paciente que no manifestara sintomatología y en que a la exploración no se observara presencia de leucorrea. A las mujeres que requirieron electrofulguración se les consideró curadas cuando presentaron más del 90% de epitelización de la lesión.

Existió en algunos de los casos, según etiología, la necesidad de dar tratamiento de pareja.

En todos los casos las consultas subsecuentes se establecieron entre 20 y 30 días posteriores.

A las pacientes con electrofulguración se les propuso suspender su actividad sexual 20 días posteriores a la realización de la misma y NO SE RETIRO EL D.I.U. EN NINGUN CASO QUE A

MERITARA la electrofulguración.

A las pacientes que se envió a laboratorio y que ameritaran electrofulguración, se les realizó posterior a la toma de muestra y se les citó nuevamente con resultados de laboratorio para iniciar tratamiento médico específico.

### PRESENTACION DE RESULTADOS:

De las 157 pacientes estudiadas, se encontró la mayor frecuencia entre los grupos de edad de 20 - 24 y de 25 - 29 años, (VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 1).

Las pacientes presentaban cuadros de leucorrea con evolución de 1 mes a más de 37 meses, siendo las de mayor frecuencia de 7 - 12 y de 13 - 24 meses que en total suman 81 pacientes que corresponde al 52% (VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 2).

Las mujeres estudiadas se clasificaron en tres grupos dependiendo de la causa etiológica (VID INFRA CUADRO No. 3 y GRAFICO No. 3), que corresponde a leucorrea por tricomona, leucorrea por cándida y leucorrea por gérmenes inespecíficos. Habiendo tenido necesidad de apoyo por laboratorio en 16 casos.

De las 157 pacientes estudiadas, 58 se diagnosticaron como portadoras de leucorrea únicamente y 99 que corresponde al 63%, de leucorrea con lesión cervical (Cérvico-vaginitis) (VID INFRA CUADROS 4, 5 y 6 y GRAFICOS 5 y 4), subdividiéndose según la edad, meses de evolución de la leucorrea y tipo de control de la natalidad.

En 67 pacientes se encontró existía diagnóstico previo -- (VID INFRA CUADRO No. 7 y GRAPICO 6), que a su vez se clasificó en diagnóstico previo por interrogatorio y exploración, interrogatorio-exploración y laboratorio, e interrogatorio y laboratorio.

Como promedio se requirió en el 75% de las pacientes estudiadas 2 consultas para control de la sintomatología y epitelización en más del 90% de la lesión cervical (VID INFRA CUADRO No. 8), que consideramos como pacientes curadas para fines de este estudio.

CUADRO No. 1

CERVICO-VAGINITIS POR GRUPOS DE EDAD. U.M.F. No. 20 I.M.S.S.  
1 9 8 4

Años de Edad.	Número de Pacientes.	Frecuencias Acumuladas.	Porcentajes	% Acumulados.
15 - 19	16	16	10 %	10
20 - 24	56	72	36 %	46
25 - 29	38	110	24 %	70
30 - 34	25	135	15 %	85
35 - 39	14	149	9 %	94
40 - 44	8	157	6 %	100
T O T A L	157		100 %	

CUADRO No. 2

EVOLUCIÓN DE LEUCORREA Y PORCENTAJES, EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA. U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AÑO 1984.-

Evolución en Meses	Número de Pacientes	Frecuencias Acumuladas	Porcentajes	% Acumulados.
0 - 6	30	30	19 %	19
7 - 12	42	72	27 %	46
13 - 24	39	111	25 %	71
25 - 36	22	133	14 %	85
37 y +	24	157	15 %	100
T O T A L	157		100 %	

CUADRO No. 3

CERVICO-VAGINITIS SEGUN ETIOLOGIA POR GRUPOS DE EDAD. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.-

Años de Edad	E T I O L O G I A			Total
	Tricomona	Cándida	Inespecífica	
15 - 19	2	3	11	16
20 - 24	3	9	44	56
25 - 29	4	7	28	38
30 - 34	3	6	10	25
35 - 39	2	2	11	14
40 - 44	4	0	4	8
<b>T O T A L</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>115</b>	<b>157</b>

CUADRO No. 4

LEUCORREA Y LESION CERVICAL POR GRUPOS DE EDAD. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.-

Años de Edad.	Con úlcera	Sin úlcera	Total	% Ponderado Con úlcera.
15 - 19	9	7	16	56
20 - 24	39	17	56	70
25 - 29	25	14	39	64
30 - 34	16	9	25	64
35 - 39	6	8	14	43
40 - 44	4	4	8	50
<b>T O T A L</b>	<b>99</b>	<b>58</b>	<b>157</b>	

CUADRO No. 5

EVOLUCION DE LEUCORREA Y LESION CERVICAL, EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.-

Evolución leucorrea en meses.	Con úlcera	Sin úlcera	Total	% Ponderado c/úlcera
0 - 6	10	24	34	29
7 - 12	28	13	41	68
13 - 24	30	9	39	77
25 - 36	13	6	19	68
37 y +	18	6	24	75
<b>T O T A L</b>	<b>99</b>	<b>58</b>	<b>157</b>	

CUADRO No. 6

TIPOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD Y PRESENTACION DE LESION CERVICAL EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA, U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.-

Tipo de Control	Con úlcera	Sin úlcera	Total	% Ponderado c/úlcera
D.I.U.	53	35	98	60
HORMONALES	13	7	20	65
PRESERVATIVOS	12	6	18	67
NINGUNO	11	6	17	65
SALPINGOCLASIA <sup>10</sup>		4	14	71
<b>T O T A L</b>	<b>99</b>	<b>58</b>	<b>157</b>	

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO PREVIO EN PACIENTES CON CERVICO-VAGINITIS POR GRUPOS DE EDAD. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.-

Años de Edad.	Sin diagnós tico previo.	Con diagnós tico previo.	Total	% Ponderado sin Diagnóstico.
15 - 19	13	3	16	81
20 - 24	33	23	56	57
25 - 29	24	15	39	62
30 - 34	13	11	24	54
35 - 39	6	8	14	43
40 - 44	3	5	8	37
T O T A L	92	65	157	

CUADRO No. 8

CONSULTAS NECESARIAS PARA CURACION DE CERVICO-VAGINITIS EN PACIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.

†(Se omiten tres pacientes que desertaron en la primera consulta)

Años de Edad.	No. CONSULTAS			Total	% Ponderado de Curación con 2 consultas.
	Dos	Tres	Cuatro		
15 - 19	13	3	0	16	81
20 - 24	48	7	0	55	87
25 - 29	30	6	1	37	81
30 - 34	18	6	1	25	72
35 - 39	11	2	1	14	78
40 - 44	4	3	0	7	57
T O T A L	124	27	3	154	

GRAFICO No. 1

CERVICO-VAGINITIS POR GRUPOS DE EDAD, U.M.F. No. 20, I.M.S.S.  
AÑO 1984.

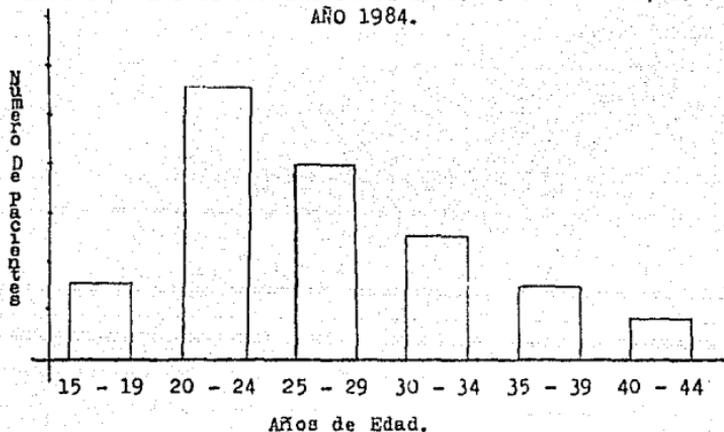


GRAFICO No. 2

EVOLUCION DE LEUCORREA EN MESES, EN MUJERES CON VIDA SEXUAL  
ACTIVA, U.M.F. No. 20, I.M.S.S. AÑO  
1984.

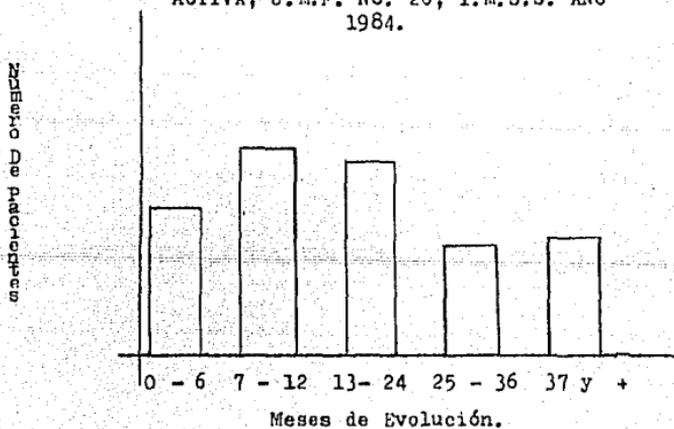


GRAFICO No. 3

CERVICO-VAGINITIS SEGUN ETIOLOGIA POR GRUPOS DE EDAD, U.M.F.  
No. 20, I.M.S.S. AÑO 1984.

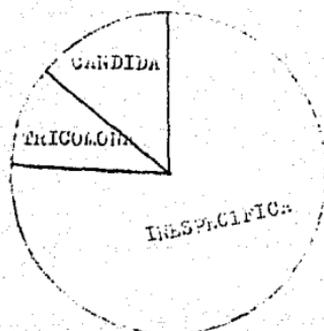


GRAFICO No. 4

LEUCORREA Y LESION CERVICAL POR GRUPOS DE EDAD, U.M.F. No. 20,  
I.M.S.S. AÑO 1984

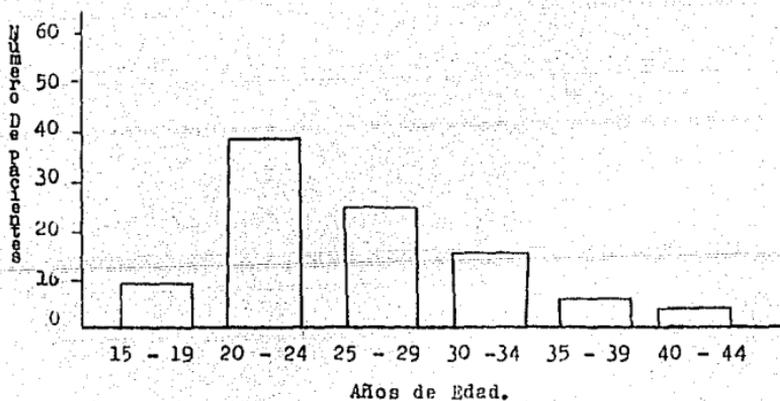


GRAFICO No. 5

EVOLUCION DE LEUCORREA Y LESION CERVICAL EN MUJERES CON VIDA  
SEXUAL ACTIVA, U.M.F. No. 20  
I.M.S.S. 1984

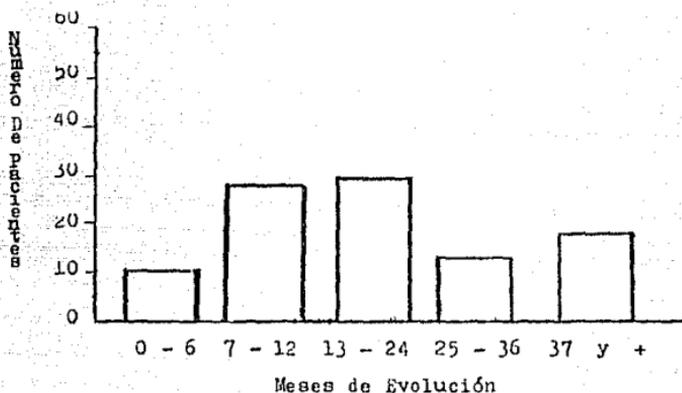
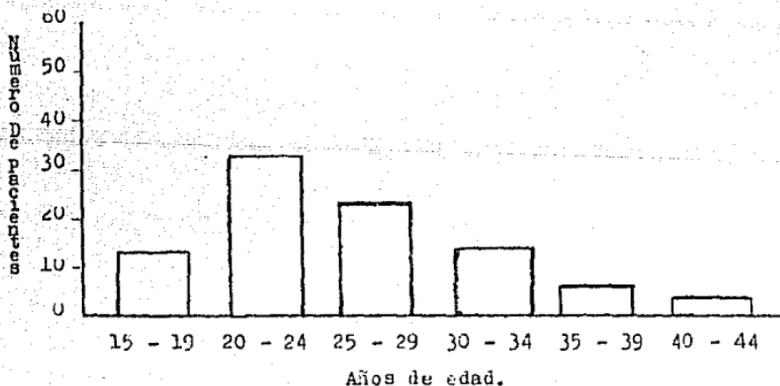


GRAFICO No. 6

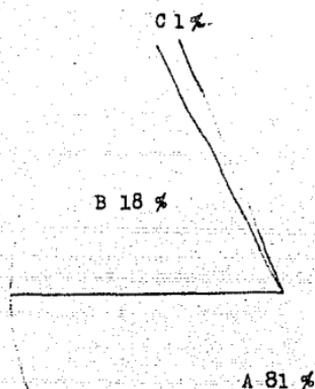
DIAGNOSTICO PREVIO EN PACIENTES CON CERVICO-VAGINITIS POR GRU  
POS DE EDAD, U.M.F. No. 20  
I.M.S.S. 1984



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICO No. 7

CONSULTAS NECESARIAS PARA CURACION DE CERVICO-VAGINITIS EN PA  
CIENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA, U.M.P. No. 20 I.M.S.S.  
1984



A) 124 PACIENTES	DOS CONSULTAS
B) 27 PACIENTES	TRES CONSULTAS
C) 3 PACIENTES	CUATRO CONSULTAS

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

El mayor índice de pacientes estudiadas corresponde a los intervalos de clase de 20 - 24 años con 56 pacientes, y en el intervalo de clase de 25 - 29 años con 38 pacientes que corresponden al 60% de el total de la muestra (VID SUPRA CUADRO No.1). Explicándose lo anterior por ser el grupo de edad con mayor exposición al coito.

En promedio, la leucorrea tiene de uno a dos años de evolución, quedando explicado esto por:

- a) En el 90% de las pacientes con diagnóstico previo, éste se elabora por interrogatorio (VID SUPRA CUADRO No. 9).
- b) En 44 de las 67 pacientes (66%) con diagnóstico previo, tenían tratamiento específico, pero la leucorrea se acompañaba de lesión cervical, razón por la cual no curaron.
- c) Que del total de la muestra estudiada el 59 % de pacientes no manifiestan su sintomatología en la consulta. (VID SUPRA CUADRO No. 7).

Observando que todo lo anterior favorece la cronicidad del padecimiento.

En el 63% de las pacientes estudiadas, la leucorrea se acompañaba de lesión cervical (VID SUPRA CUADRO No. 4), pudiendo se explicar en base a que:

- a) Se observa un aumento notable de leucorrea con lesión cervical si la primera es de más de un año de evolución. (VID SUPRA CUADRO No. 5).
- b) Siendo que la presentación de leucorrea con lesión cervical es más frecuente en los intervalos de clase de los 20 - 24 y de los 25 - 29 años de edad, (VID SUPRA CUADRO No. 4) es también los intervalos de edad que - menos demandan consulta por sintomatología compatible con cérvico-vaginitis (VID SUPRA CUADRO No. 7), favoreciendo la cronicidad y por ende la aparición de lesión cervical.

En el 75% de las pacientes se requirió de dos consultas como promedio para su curación, coincidiendo con los antecedentes científicos que mencionan que mediante una exploración adecuada se logra el diagnóstico en el 75% de los casos, y la curación hasta en el 90%. Lo anterior se traduce en nuestro trabajo por:

- a) Se requirió de apoyo en el laboratorio en 16 casos, - que corresponde al 10% de nuestra muestra.
- b) El 63% del grupo de estudio, la leucorrea se acompaña ba de lesión cervical (VID SUPRA CUADRO No. 4), lo - que traduce que si el tratamiento médico no estuviera precedido de una buena exploración, las lesiones cervicales pasarían desapercibidas sin su consiguiente electrofulguración y el tratamiento no sería el adecuado, favoreciendo la cronicidad y por ende el aumento de la lesión cervical.

CONCLUSIONES:

- I: En 90% de los casos con sintomatología cérvico-vaginal que demandan consulta, el diagnóstico se elabora sin exploración ginecológica.
- II: El 59% de las pacientes no manifiestan su sintomatología en la consulta ordinaria.
- III: Las pacientes entre 20 y 29 años de edad son las que más frecuentemente cursan con sintomatología cérvico-vaginal...
- IV: ...Y las que menos demandan consulta por su sintomatología.
- V: En el 63% de los casos, la leucorrea se acompaña de lesión cervical.
- VI: En el 50% de los casos la leucorrea tiene una evolución entre uno y dos años.
- VII: Los gérmenes inespecíficos en nuestro medio son los más frecuentes productores de leucorrea y lesión cervical .
- VIII: Se requiere en un 10% de los casos, apoyo de laboratorio para la elaboración del diagnóstico, si este está precedido de exploración ginecológica.
- IX: En el 75% de los casos se requiere como promedio de dos

consultas para lograr su curación.

X: No se muestra la necesidad del retiro del D.I.U. para la epitelización del cuello uterino postelectrofulguración.

XI: Nuestra hipótesis se corrobora parcialmente, ya que existen otros factores coincidentes en la cronicidad de la cérvico-vaginitis.

COMENTARIOS:

En el planteamiento del problema se manejaba únicamente - como variable, la falta de exploración como favorecedora de la cronicidad de la leucorrea; encontrando nosotros que:

- 1.- Las pacientes no demandan consulta por sintomatología de leucorrea en el 59% de los casos, siendo más frecuente esta situación en las edades entre 15 y 24 años de edad, por lo que estamos obligados a interrogar intencionalmente a estas pacientes.
- 2.- En nuestro estudio no se determina la necesidad de retirar el D.I.U. para la electrofulguración, y encontrando epitelización en el 100% de nuestros casos. LO QUE PUEDE ORIENTAR A NUEVOS ESTUDIOS.
- 3.- En 30 pacientes, por el contacto existido durante el estudio, accedieron al control de la natalidad por el método del D.I.U., que anteriormente habían rechazado.
- 4.- Y que prestando una mayor atención a los problemas referidos por el paciente, éste abandona el tratamiento en menos del 3%.

**R E S U M E N :**

Representativa en cantidad y calidad se estudió el 10% - del Universo y se escogió por la metodología de AZAR por procedimientos combinados. Implicando que siendo el promedio de Cérvico-Vaginitis en la U.M.F. No. 20, de 1548 pacientes se estudió un total de 157 mujeres, que divididas entre las cuatro zonas tocó a 39 mujeres por zona quedando a 10 mujeres - estudiadas por cada consultorio.

De las 157 pacientes estudiadas se encontró la mayor - frecuencia entre los grupos de edad de 20 - 24 y de 25 - 29 años. Las pacientes presentaron cuadros de leucorrea con e--volución de un mes a más de 37 meses, siendo las de mayor -- frecuencia de 7 - 12 y de 13 - 24 meses que en total suman 81 pacientes que corresponde al 52%. Las mujeres estudiadas - se clasificaron en tres grupos dependiendo de la causa etio--lógica, que corresponde a leucorrea por tricomonas, leucorrea por cándida, y leucorrea por gérmenes inespecíficos. En 16 - pacientes únicamente se requirió de apoyo por laboratorio - que corresponde al 10%. De las 157 pacientes, 58 se diagnos--ticaron como portadoras de leucorrea únicamente y 99 que co--rresponde al 63% de leucorrea con lesión cervical. En 67 pa--cientes se encontró existía diagnóstico previo y como prome--

dio se requirió en el 75% de las pacientes estudiadas 2 consultas para control de sintomatología y epitelización en el más - del 90% de la lesión cervical que consideramos como pacientes - curadas para fines de este estudio.

En el presente estudio se llegó a las siguientes conclu-- siones: En 90% de los casos con sintomatología cérvico-vaginal que demandan consulta, el diagnóstico se elabora sin explora-- ción ginecológica. El 59% de las pacientes no manifiestan su - sintomatología en la consulta ordinaria. Las pacientes entre - 20 y 29 años de edad son las que más frecuentemente cursan con sintomatología cérvico-vaginal, y las que menos demandan con-- sulta por su sintomatología. En el 63% de los casos, la leuco- rrea se acompaña de lesión cervical. En el 50% de los casos la leucorrea tiene una evolución entre 7 y 24 meses. Los gérmenes inespecíficos en nuestro medio son los más frecuentes product<sup>o</sup> res de leucorrea en el 75% de los casos se requiere como prome<sup>o</sup> dio 2 consultas para lograr la curación. No se muestra la nece- sidad del retiro del D.I.U. para la epitelización del cuello u terino postelectrofulguración. Nuestra hipótesis se corrobora parcialmente.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Dr. Christopher Davis. Tratado de Patología Quirúrgica. Editorial Interamericana. Sexta Edición. pp 892 - 898.
- 2.- Gouldner, Alvin. La crisis de la Sociología Occidental. Buenos Aires, 1979. Amorrortu, Segunda Edición. pp. 75-77.
- 3.- Gorz, Andre. Sobre el carácter de Clase de la Ciencia y los Trabajadores Científicos. Economía Política de la Ciencia. México 1979. Editorial Nueva Imagen. pp 105-120.
- 4.- Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana. Tercera Edición. pp. 135-313.
- 5.- Dr. Marcus A. Krupp. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Editorial El Manual Moderno, S.A. 1981. pp 477-480.
- 6.- Marx, Karl. Marx y sus Conceptos del Hombre. Fondo de Cultura Económica. Colección Breviarios.
- 7.- Dr. Sam A. Nixon. Vaginitis. Revista Atención Médica. Julio 1979. p 48.
- 8.- Dr. William E. Josey. Vaginitis. Revista Médica de Post grado. Vol. VII No. 7, Julio 1979. pp 11.
- 9.- Williams M. Lous. Obstetricia. Editorial Salvat. Segunda Edición. pp 17-29.
- 10.- Edmund R. Novak. Ginecología. Editorial Interamericana. Novena Edición. pp 205-213, 225-233.