

11726
Rej
302



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

**PREVALENCIA DE LA LEUCORREA EN MUJERES
EN EDAD FERTIL EN LA U.M.F. No. 20 DEL I. M. S. S.**



**U.M.F. No. 20
DEPT. DE
ENSEÑANZA
INVESTIGACION**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. HUMBERTO VEGA PABLO**

**GENERACION
1983-1985**

MEXICO D., F. 1984.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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

CONTENIDO	Pag.
- Objetivos	1
- Antecedentes Científicos	2
- Epidemiología	9
- Planteamiento del Problema	12
- Hipótesis	13
- Material y Métodos	13
- Caracterización del Trabajo	13
- Procedimientos de Recolección	13
- Procedimientos de Elaboración	15
- Formulario	16
- Presentación de Resultados	17
- Cuadros	20
- Gráficos	29
- Análisis e Interpretación de Resultados	37
- Conclusiones	41
- Comentarios	43
- Resumen	45
- Bibliografía	46

OBJETIVOS

- a) Determinar la prevalencia de la leucorrea, en la población femenina en edad reproductiva, en la U.M.F. - No. 20 del I.M.S.S.
- b) Conocer la distribución de este fenómeno, según los grupos de edad, ocupación, estado civil y escolaridad
- c) Comparar los resultados obtenidos, con los reportados por las estadísticas de morbilidad en la U.M.F. No. - 20 del I.M.S.S., para conocer el porcentaje de subregistro.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Se da el nombre de " Leucorrea " a cualquier flujo vaginal que no sea hemático; constituye el síntoma ginecológico que se presenta quizá con más frecuencia, y que afecta a casi todas las mujeres en algún momento de su vida (1).

Las secreciones vaginales, pueden ser fisiológicas o bien ser la manifestación de un padecimiento local o general. Las secreciones de la vagina tienen varios componentes: Secreciones vulvares de las glándulas sebáceas, - sudoríparas, de Bartholin y de Skene; trasudado que atravesara la pared vaginal; células exfoliadas, moco cervical y líquido de endometrio y oviducto. Se sabe que el tipo y el volumen de células exfoliadas, del moco cervical, y del líquido endometrial y de oviductos; son influidos por procesos bioquímicos que dependen de los niveles de esteroides sexuales (8). Raramente es grave, por lo general se debe a infecciones de la vagina, cérvix, o más raramente, a infecciones del cuerpo uterino o trompas. Otras causas incluyen tumores uterinos, estímulo estrogénico o psíquico, trauma, cuerpo extraño, lavados excesivos con substancias irritantes y depauperación de estrógenos (2).

VULVA Hablando en sentido estricto, las secreciones vulvares no entran en la presente descripción, -- pues la vulva es un órgano externo; no obstante, las secreciones vulvares forman parte de la leucorrea, y a la

paciente no le importa de donde proceda (1, 8).

Además de las glándulas sebáceas y sudoríparas, -- existen en la vulva, las glándulas de Bartholin y las vulvovaginales, y desempeñan el papel más importante en la lubricación del introito vaginal y mucosa vulvar. Secretan un moco espeso y viscoso, que aumenta considerablemente con la excitación sexual. En la región periuretral -- del vestibulo, se encuentran los conductos de Skene y las criptas mucosas que contribuyen a lubricar las estructuras de la vulva (1, 2).

Cuando hay una infección de las glándulas de Bartholin, a menudo se produce secreción purulenta procedente del conducto o de un absceso abierto. Aunque la causa más frecuente de inflamación de las glándulas de Bartholin, de Skene y periuretrales es el *Gonococo*, son posibles otras infecciones bacterianas. La vulvovaginitis persistente suele depender de monilia, debiendo sospecharse en estas pacientes, enfermedades sistémicas (Diabetes mellitus, enfermedades anergizantes, etc.), alteraciones hormonales (embarazo, terapia estrogénica, etc.), antibioticoterapia prolongada, etc. (1, 3, 4, 8, 9, 10).

VAGINA A pesar de estar desprovista de glándulas, se mantiene húmedecida gracias a la secreción de las glándulas cervicales, y, en menor grado, a la trasudación de su propia superficie. La secreción que existe en la vagina es, normalmente, ácida; esta acidez depende del á-

cido láctico producido por la acción de los microorganismos vaginales, principalmente el bacilo de Doderlein, -- que actúa sobre el contenido de glucógeno de las células epiteliales vaginales. Dentro de las causas de la leucorrea a este nivel, se encuentran: Las vulvovaginitis inespecíficas o infecciones bacterianas mixtas (varios agentes concurren al mismo tiempo); y las infecciones bacterianas específicas, que pueden ser: Gonocócicas y no gonocócicas (E. coli, Proteus, Difteroides, Neisseria catarrhalis, etc.). También pueden ser: Micóticas (Cándida albicans), Parasitarias (T. vaginalis, E. trichouris, E. histolytica), infección por Micoplasma (cepa T)(23, 24), Alérgicas, Factores físicos (térmicos, -- químicos, masturbación, violación), Neoplasias, Malformaciones, etc.

Las mismas consideraciones respecto a los factores que influyen en la presencia de infecciones en vulva se pueden hacer al describir las secreciones anormales vaginales.

Cuando hay inflamación aguda e infección de la vagina, se produce un exudado que puede ser mucopurulento o purulento, y que puede causar prurito y mal olor; la irritación puede ser tan intensa que puede causar exudado hemorrágico (1).

Las dos formas más frecuentes de vaginitis en la mujer madura que menstrúa son: a) La causada por Cándida albicans, y b) La causada por Trichomonas. La vaginitis causada por Cándida albicans tiene particular tendencia a presentarse durante el embarazo, en mujeres que u-

en anticonceptivos sistémicos, en diabéticas, y en antibioterapia prolongada, que altera la flora normal del tracto genital femenino (1,2,9,10), alterando la interrelación de retores entre el huésped, el microorganismo y con otros constituyentes de la flora del huésped, influyendo en el control que el organismo ejerza sobre los microorganismos productores de vaginitis (11). La vaginitis por *Haemophilus vaginalis* (*Gardnerella vaginalis*) es considerada por algunos autores, como la causa más común de secreción y mal olor de la vagina (12). El Dr. F. J. Fleury (12) reporta que, de 25,000 mujeres estudiadas, -- que se quejaban de secreción o infección vaginal, se tomaron muestras para cultivos, encontrando que la causa más común de infección fué por *Gardnerella* (*Haemophilus vaginalis*) en el 33% de las pacientes estudiadas; en segundo lugar *Cándida* (20.5%), y después por *Trichomonas* (9.8%); -- además de que las asociaciones más frecuentes de microorganismos fueron *Trichomonas* y *Gardnerellas*. Se reporta -- además, mayor frecuencia de *Cándida* en los meses cálidos del verano, cosa que no sucedió con las otras infecciones (este estudio se efectuó en Springfield, Illinois, del año 1975 a 1980).

La vaginitis por *Trichomonas* suele relacionarse -- con el aumento de estrógenos en la pubertad, aunque también puede transmitirse por contacto sexual (10). Durante el periodo de procreación, se menciona que hasta el -- 50% de las mujeres que se les detecta *T. vaginalis* por --

cultivo, son capaces de rechazar al microorganismo sin necesidad de medicamentos, y otras veces siguen siendo portadores por un lapso duradero; sin embargo se ha observado en las postmenopáusicas, la colonización asintomática por largo tiempo. Al parecer la Trichomona sobrevive sin originar síntomas en una vagina atrófica con poco glucógeno. Las Trichomonas, sin duda, se transmiten por mecanismo sexual; sin embargo no sobrevive en el recto ni en la cavidad oral, por lo que las variantes de las prácticas sexuales tienen poca relación con la transmisión de este padecimiento (13); su reservorio es la vagina y la uretra humana.

GERVIX Las glándulas mucosas del cuello son la fuente principal de las secreciones que normalmente existen en la vagina; por lo tanto, no es extraño que constituyan el punto de partida principal del terrame leucorreico. La secreción normal es un moco claro, viscoso y alcalino, cuya cantidad y viscosidad varían según las fases del ciclo menstrual; aumenta durante la ovulación; por factores endócrinos (embarazo, hiperestrogenismo), hiperhemia, etc. (1,2).

La estructura histológica del cuello, con sus muchas invaginaciones glandulares, lo hacen particularmente propenso a las infecciones persistentes, caracterizadas por aumento cuantitativo y alteraciones patológicas de la secreción.

La inflamación del cuello uterino puede ser: Agu-

da o Crónica, y afectar el cuello, el endocérvix, o más frecuentemente ambos; suele tener causa bacteriana, principalmente Gram + (gonococos, estreptococos), existen algunos estudios sobre la flora cervicovaginal (11,14), -- sin embargo, autores como Frederick J. Fleury, considera que las causas de las cervicitis identificadas en la actualidad incluyen: N. gonorrhoea, C. trachomatis, virus del herpes simple, y T. vaginalis.

La variedad no gonocócica a veces resulta difícil de explicar, si no se admite "un aumento del poder patógeno de la flora genital", especialmente en presencia de -- "traumatismos" de cualquier tipo (lesiones cervicales durante el parto, ectropión, úlceras, etc.). La mayoría de las veces, la infección es de tipo benigna, produciendo únicamente leucorrea constante. En etiologías como Sifilítica, lesión herpética, úlcera no específica o granuloma tuberculoso, se producirá leucorrea solamente si existe infección bacteriana agregada (1,2,3).

CUERPO UTERINO Las glándulas endometriales son inactivas hasta las fases postovulatorias del ciclo, -- sin embargo las secreciones son escasas y en poca cantidad. La endometritis, antes de dar sintomatología en forma de leucorrea, se manifiesta por sintomatología propia, por lo que es raro que una paciente con endometritis se queje únicamente de leucorrea; sin embargo se menciona -- que en la endometritis séptica aguda puede haber intenso exudado purulento, acompañando a la retención de tejido --

placentario. La piodometra con estenosis cervical, también produce exudación profusa y mololiente en la mujer postneopéusica (1).

Los pólipos, mionas, carcinomas y otros tumores uterinos, no es raro que originen exudados, sobre todo -- cuando se complican con infección y necrosis. Una causa muy rara de exudación vaginal copiosa es la Linforrea, -- que acompaña a las anomalías y obstrucción de conductos linfáticos. El tratamiento de todas las leucorreas procedentes del cuerpo del útero, es la supresión del factor causal, además del tratamiento antibiótico específico en caso de ser necesario (1).

TRÓFAS Aunque rara, en ocasiones puede presentarse leucorrea de origen tubárico, citándose generalmente el caso de la llamada "salpingitis profluente", en la cual un hidrosálpinx vacía periódicamente su contenido en el útero; sin embargo, esta entidad es muy rara (1).

E P I D E M I O L O G I A

La vulvovaginitis y la cervicitis (la leucorreas es el signo más frecuente) son padecimientos de distribución universal, cuya incidencia está condicionada por -- factores raciales (9,16), climatológicas (12), sociales- (9), economicos y culturales (17,18). Aproximadamente -- el 40 a 50% de todos los casos de vaginitis son atribuibles a la forma inespecífica (15,16); siendo más frecuente antes de la menarquia (85% de los casos) con mayor incidencia entre los 2 y los 12 años; se considera que el 70% de los casos son secundarios a mala higiene(3).

Otros reportes dan cifras cercanas en cuanto al -- porcentaje de la cervicovaginitis inespecíficas (aque -- llas en que no se aisla Mycobacterium, Trichomona, Cándida, Treponema o Gonococo), por ejemplo: En 2,545 estudios bacteriológicos realizados en el H.G.U. No. 3 del -- I.M.S.S. se encontró un 36 %.

Las vulvovaginitis secundarias e infección del -- tracto urinario comprende menos del 1 %. Las vulvovaginitis específicas en general son más frecuentes después de la menarquia; aunque se menciona que la Cándida albicans es frecuente en las niñas; además de su característica oportunista en estados inmunodeprimidos, embarazos, antibioticoterapia, etc. (1,2,3,4,8,9,10,11).

Dentro de las causas parasitarias, se menciona como más frecuente al Enterovirus vericellularis (7%). Otros

agentes como neumococo, bacterias no gonocócicas, *S. agalactica* son poco frecuente antes de la menarquia (3).

La vaginitis gonocócica es rara en las niñas, y se torna más frecuente al inicio de la vida sexual activa, por su transmisión por contacto sexual. La infección por gonorrea ha pasado a ser la enfermedad más comúnmente denunciada, con una frecuencia estimada de 2.5 millones en Estados Unidos de Norteamérica (4,17,19).

La tricomoniasis es otra de las enfermedades más frecuentemente adquirida por contacto sexual. Se calcula que en Estados Unidos de Norteamérica hay 2.5 millones de casos nuevos cada año; la frecuencia de cultivos positivos varía de 3 al 15% de las mujeres asintomáticas en la consulta particular, hasta el 50 al 75 % en las prostitutas. La frecuencia en mujeres que acuden a clínicas ginecológicas varía entre el 13 y 23 %. En el HGO No. 3 del IMSS, de 1542 cultivos, 215 correspondieron a trichomona (19%). El 90% de las pacientes que sufren erosiones cervicales sugiere que la inflamación crónica por trichomonas puede predisponer a la transformación maligna (causa atípicas celulares y dificultad a la interpretación citológica). En los varones puede originar prostatitis en el 40% de los casos; también se menciona como una causa rara de esterilidad reversible, probablemente por acción tóxica de los parásitos que inhiben la motilidad de los espermatozoides (4).

La etiología micótica es más frecuente entre los 16 y 30 años (4), aumentando su incidencia en estos co

co el embarazo, diabetes, inmunosupresión, antibioticoterapia, etc. (1,2,3,4,8,9,10,11).

En la UMF No. 20, durante 1931 se reportaron 1772 casos de primera vez y 1710 subsecuentes, dando un total de 3482 casos; ocupando el quinceavo lugar como causa de morbilidad. En 1932 se reportaron 1490 casos nuevos, --- 1468 subsecuentes, dando un total de 2,958; ocupando el dieciochoavo lugar como causa de morbilidad. En 1933 se reportaron 1,667 casos nuevos y 153 subsecuentes, dando un total de 1820.

Por otro lado, cabe hacer notar, que la mayoría de las publicaciones se enfocan más sobre aspectos diagnósticos o terapéuticos (9,17,20,21,22,23,24), siendo muy escasas las relacionadas a los aspectos epidemiológicos, perdiéndose la visión totalizadora del fenómeno y sus interrelaciones con los otros factores que rodean al individuo.

Esta investigación es un intento por llenar ese vacío, para que, conociendo un poco más de los factores determinantes y condicionantes de dicho fenómeno, se puedan normar conductas más cercanas a la realidad.

PREVALENCIA: La prevalencia de una enfermedad, es su frecuencia en un lapso de tiempo determinado y en un área geográfica determinada.

Definición operacional de Leucorrea: Para fines de este estudio, se tomó como leucorrea, aquella secreción trasvaginal, que se presentó fuera de la menstruación, traspasando la ropa interior, necesitando usar toallas íntimas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si partimos de que la Atención Médica es una respuesta social al proceso Salud-enfermedad, y entendiendo que esta atención médica debe ser congruente con la necesidad que la origina, debe por lo tanto, partir de Diagnósticos reales (es decir, de las condiciones objetivas) y esto se logra investigando dicha realidad, para conocer el fenómeno en una forma más amplia y más completa.

Si tomamos en cuenta que aún existe en nuestra población, inhibiciones para exteriorizar patologías que interesen la esfera genital; y más aún; para aceptar una exploración vaginal, es explicable que exista un registro de dicha entidad menor del que se está presentando, influyendo de manera definitiva en las acciones que se planeen como respuesta a ese fenómeno.

Además, si tomamos en cuenta que las infecciones cervicovaginales le imponen un alto riesgo a los recién nacidos, riesgos que incluso pueden llegar a ser fatales (sepsis neonatal, por ejemplo) (20,21); De lo anterior se desprende la necesidad de preguntarnos:

¿Cuál es la Prevalencia de la Leucorrea, en la población femenina en edad reproductiva (entre 15 y 44 años), adscrita a la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S., Valle de México.?

HIPOTESIS

La prevalencia de la leucorrea es mayor que la reportada.

MATERIAL Y METODOS

- Caracterización del trabajo.

Esta investigación es una encuesta de tipo observacional, transversal, descriptiva y prospectiva. Se realizó en la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S., Valle de México, durante los meses de Agosto a Noviembre de 1984.

Se estudiaron a 1314 mujeres con edad comprendida entre 15 y 44 años de edad, que cumplieran con los criterios de inclusión.

- a) Criterios de Inclusión: Mujeres con edad comprendida entre 15 y 44 años, adscritas a la U. M.F. No. 20 del I.M.S.S., con vida sexual activa
- b) Criterios de No Inclusión: Mujeres embarazadas, o con enfermedades que favorezcan la infección en tracto genital (Diabetes mellitus, Desnutrición importante, Neoplasias, Insuficiencia renal, así como aquellas patologías que alteren el estado inmunológico de la mujer. No se incluyeron mujeres con antibioticoterapia prolongada (más de 20 días) en los últimos 6 meses.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN:

Para la delimitación del universo se trabajó de la siguiente manera: De la población inicialmente adscrita a la U.M.F. No 20 (152,363), y tomado en cuenta el ini

de la población en edad fértil (21%), obtuvimos la cantidad de 31,396 mujeres de las cuales se tomó una muestra del 10%, siendo 3,200 mujeres. Aplicando los criterios de inclusión y no inclusión, la muestra se redujo a 1314, las cuales fueron las pacientes estudiadas.

Cabe aclarar que, inicialmente en estudio se diseñó para trabajarse con una muestra representativa en cantidad y calidad, escogida por procedimientos combinados (primero por estratificación, luego por conglomerados y finalmente por método de la lotería), sin embargo, por razones temporales y operacionales no fué posible; realizándose finalmente en forma de encuesta abierta, entrevistando a las mujeres que acudieron a la U.M.F. No. 20, sin importar el consultorio ni el horario al que acudieron; claro está, siempre que cumplieran con los criterios de inclusión.

Las unidades de análisis fueron las mujeres que acudieron a demandar atención en la U.M.F. No. 20, que cumplieron los criterios de inclusión, durante los meses de Agosto a Noviembre de 1984.

Los recursos humanos usados en la investigación, fueron:

- Un Médico especialista en Gineco-Obstetricia, -- quien asesoró y supervisó el desarrollo de la investigación.

- Un Médico Residente del 2o. año de la especialidad de Medicina Familiar, quien realizó la encuesta.

Se usó un formulario con preguntas cerradas (afir-

negación o negación), excepto en las que se pregunta tiempo de evolución y respuesta al tratamiento (ver formulario).

- PROCEDIMIENTOS DE ELABORACION

Aplicadas las encuestas, se revisaron los formularios, excluyendo aquellos que no precisaban bien los datos preguntados. Se computaron los resultados por el método de tarjetas simples, separándolas según grupos de edad, ocupación, escolaridad, estado civil, con la presencia o ausencia de leucorrea; además del tiempo de evolución, si hubo tratamiento y la respuesta a éste.

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros de asociación, donde se compara la edad, ocupación, escolaridad, y estado civil con la presencia de leucorrea. Se elaboraron series agrupadas con amplitud de clase de 5 años: 15-19, 20-24, etc. para ver la distribución de la leucorrea por grupos etáreos, así como el porcentaje que representa por clase (26).

La representación gráfica se realizó utilizando diagrama de sectores el porcentaje de mujeres con leucorrea, contra el porcentaje de las que no presentaron. Para representar la presencia de leucorrea según grupos de edad, ocupación, escolaridad, etc., se realizaron diagramas de barras sencillas, (26).

F O R M U L A R I O

- 1.- Nombre -----
- 2.- Edad -----
- 3.- Estado Civil -----
- 4.- Domicilio -----
- 5.- Ocupación -----
- 6.- Escolaridad -----
- 7.- No de Afiliación -----
- 8.- No. de Consultorio ----- Turno -----
- 9.- Fecha de la entrevista -----

- 10.- ¿Ha tenido flujo en los últimos 6 meses? Si ---
No ---
- 11.- ¿Actualmente tiene flujo? Si --- No ---
- 12.- ¿Cuanto tiempo tiene con el flujo? -----
- 13.- ¿Le han dado medicinas para el flujo? Si ---
No ---
- 14.- ¿Se aplicó el tratamiento? Si --- No ---
- 15.- Con la aplicación del tratamiento:
 - a) ¿Se quitó totalmente el flujo? -----
 - b) ¿Se quitó en forma temporal? -----
 - c) ¿Disminuyó el flujo? -----
 - d) ¿Aumentó el flujo? -----
 - e) ¿Hubo algun cambio en el flujo? -----

PRESENTACION DE RESULTADOS

De las 1,314 mujeres entrevistadas, 760 presentaron leucorrea (41.9%). (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 1).

La distribución de la leucorrea, por grupos de edad, fué la siguiente: De 15-19, 64 mujeres (41.0%); de 20-24 años, 262 mujeres (47.5%); de 25-29 años, 201 mujeres (45.7%); de 30-34 años, 119 mujeres (41.5%); de 35-39 años, 66 mujeres (37.3%); de 40-44 años, 48 mujeres (23.6%). Total 760 mujeres con leucorrea. (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 2).

Por ocupación encontramos lo siguiente: De las 1,314 mujeres estudiadas, 1,351 se dedican a Labores del hogar, de las cuales 606 (44.8%) presentaron leucorrea. De las mujeres obreras (103), presentaron leucorrea 52 (48.1%). 260 son empleadas y 85 mujeres presentaron leucorrea (31.9%). En el grupo "Otras", se agruparon Profesionistas, comerciantes, subempleadas, etc.; siendo 89 mujeres, de las cuales 17 (19.1%) tuvieron leucorrea. El porcentaje grupal fué de 41.9%, (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 3).

Según el estado civil, 1,579 mujeres son casadas, de las cuales 704 mujeres tuvieron leucorrea (44.6%). En Unión Libre se encontraron 74 mujeres, y 26 presentaron leucorrea (35.1%). Son solteras 127 mujeres, presentan leucorrea 26 mujeres (20.5%). En el grupo clasificado como "Otras" (incluye divorciadas, viudas, casadas en

proceso de divorcio, etc.) hubo 34 mujeres, de las cuales 4 presentaron leucorrea (11.8%). El porcentaje general fué de 41.9%, (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 4).

Con respecto al grado de escolaridad vemos que 53 mujeres son analfabetas, de las cuales 19 tuvieron leucorrea (32.7%). Con educación primaria hubo 1,016 mujeres y 469 presentaron leucorrea (46.2%). Con nivel de Secundaria y/o Comercio hubo 576 mujeres, presentando leucorrea 229 mujeres (39.7%). Con nivel Preparatoria o su equivalente se estudiaron 112 mujeres, presentando leucorrea 25 mujeres (22.3%). En el grupo de escolaridad "varios", se incluyó nivel profesional, idiomas, artesánías, etc.; en este grupo hubo 52 mujeres, de las cuales 18 presentaron leucorrea (34.6%), (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 5).

Según el tiempo de evolución, de 760 mujeres con leucorrea, 266 mujeres (35.0%) tenían entre 0-6 meses de evolución; 137 mujeres (25%) tenían entre 7-12 meses de evolución; 124 mujeres (16%) con 13-24 meses de evolución; 62 mujeres (8%) con 25-36 meses de evolución; 121 mujeres (16%) con 37 o más meses de evolución. (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 6).

Respecto al tratamiento, hubo 64 mujeres de 15-19 años con leucorrea, recibiendo tratamiento solo 14 mujeres (22%); del grupo de 20-24 años, de 262 mujeres con leucorrea, solo 122 (47%) recibieron tratamiento; del grupo de 25-29 años, 34 mujeres recibieron tratamiento (42%); de 30-34 años, 74 mujeres (62%) recibieron trata-

miento; el grupo de 35-39 años, 36 mujeres (55%) recibieron tratamiento; el grupo de 40-44 años, 23 mujeres (53%) recibieron tratamiento. En total, 393 mujeres -- (47%) recibieron tratamiento, de las 760 mujeres que presentaron leucorrea, (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 7)

La respuesta al tratamiento fué la siguiente: De 393 mujeres que recibieron tratamiento, curaron totalmente 4 mujeres de 15-19 años, 20 mujeres del grupo de 20 - 24 años, 19 mujeres del grupo de 25-29 años, 15 mujeres del grupo de 30-34, 6 mujeres del grupo de 35-39 años, - 3 mujeres del grupo de 40-44 años; presentaron curación temporal 2 mujeres del grupo de 15-19 años, 27 mujeres - del grupo de 20-24 años, 24 mujeres del grupo de 25-29 - años, 25 mujeres del grupo de 30-34 años, 10 mujeres del grupo de 35-39 años, 10 mujeres del grupo de 40-44 años. En total, 67 mujeres curaron totalmente (18.7%) y 33 mujeres (28%) curaron temporalmente. (Vid. infra. cuadro y gráfico No. 8).

Durante 1933 se reportaron en la U.M.F. No. 20 -- del I.M.S.S., 1,667 casos de primera vez de leucorrea y 159 casos subsecuentes, dando un total de 1826 casos; -- si consideramos que durante ese año, el grupo de mujeres de 15-44 años demandó 90,126 consultas, tenemos que los casos de leucorrea diagnosticados y reportados representan el 2.03% de la morbilidad para ese grupo de edad (- 27).

CUADRO No 1.
MUJERES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE ESCUELA
U.M.F. No 20 I.M.S.S. 1980

OBSERVACIONES.	NUMERO DE MUESTRAS.	PORCENTAJE.
MUJERES CON ESCUELA.	760	41.9 %
MUJERES SIN ESCUELA.	1054	58.1 %
TOTAL.	1814	100.0 %

CUADRO No 2.

NUMEROS CON Y SIN SEGUROSA POR EDAD

C.I.F. No 20 I.M.S.E. AÑO-NOV. 1934.

EDAD EN AÑOS.	CON SEGU ROSA.	SIN SEGU ROSA.	TOTAL DE CASOS.	PORCENTAJE POR CLASE C/10000 HAB.
15-19	64	92	156	41.0%
20-24	262	289	551	47.5%
25-29	201	239	440	45.7%
30-34	119	163	287	41.5%
35-39	66	111	177	37.3%
40-44	43	155	203	23.6%
TOTAL	760	1054	1814	41.9%

CUADRO No 3.
MUJERES CON Y SIN DEPENDENCIA POR OCUPACION.
U.M.F. No 20 I.M.D.S. AGO.-NOV. 1984.

OCUPACION.	CON DEU CONNEA.	SIN DEU CONNEA.	TOTAL DE FOMENTADA POR CLASES.	CLASE C/DEU CONNEA.
LABORES HOGAR.	606	745	1351	44.3%
GERERAS.	52	56	108	43.1%
EMPLEADAS.	85	181	266	31.9%
OTRAS. (&)	17	72	89	19.1%
TOTAL	760	1054	1814	41.9%

(&) "OTRAS" INCLUYE: PROFESIONISTAS, COMERCIALES, SUBEM-
PLEADAS, ETC.

CUADRO No 4.

MUJERES CON Y SIN CONCUBINA POR ESTADO CIVIL

U. M. F. No 20 I. M. S. S. AGO. - NOV. 1934

ESTADO CIVIL.	CON UNO CONCUBA.	SIN UNO CONCUBA.	TOTAL DE CLASE.	PORCENTAJE POR CLASE c/ MUCU-AREAL.
CASADA.	704	375	1579	44.6%
V. LIBRE.	26	48	74	35.1%
SOLTERA.	26	101	127	20.5%
OTRAS. (&)	4	30	34	11.8%
TOTAL.	760	1954	1814	41.9%

"OTRAS" INCLUYE: DIVORCIADAS, VIUDAS, CASADAS EN PROCESO DE DIVORCIO, ETC.

CUADRO No 5.

ALUMNOS CON Y SIN ESCOLARIDAD POR ESCOLARIDAD.

C.M.F. No 20 I.M.S.S. AGO.-NOV. 1934

ESCOLARIDAD.	CON ESCOLARIDAD.	SIN ESCOLARIDAD.	TOTAL DE CLASES.	PORCENTAJE POR CLASE c/ ESCOLARIDAD.
ANALFABETAS.	19	39	58	32.7%
PRIMARIA.	469	547	1016	46.2%
SECUNDARIA Y COMERCIO.	229	347	576	39.7%
PROFESIONAL.	25	87	112	22.3%
VARIOS (&)	18	34	52	34.6%
TOTAL	760	1054	1814	41.0%

(&) Incluye: Nivel Profesional, idiomas, artesanías, etc.

CUADRO No. 6

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA LEUCORRHEA EN MESES

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AGULEROV 1984

EVOLUCION EN MESES	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 6	266	35 %
7 - 12	187	25 %
13 - 24	124	16 %
25 - 36	62	8 %
37 - +	121	16 %
TOTAL	760	100 %

CUADRO No. 6 Bis

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA LEUCORRHEA POR EDAD.

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AGO-NOV 1984

EDAD EN ANOS	M E S E S					TOTAL DE CLASES.
	0-6	7-12	13-24	25-36	37- +	
15-19	30	20	9	3	2	64
20-24	101	66	39	20	36	262
25-29	62	52	34	24	29	201
30-34	40	34	16	9	20	119
35-39	20	10	15	2	19	66
40-44	13	5	11	4	15	48
TOTAL	266	187	124	62	121	760

CUADRO No 7.
MUJERES CON Y SIN TRATAMIENTO POR EJAS.
C.M.F. No 20 I.M.S.S. AGOSTO-NOV. 1934

EDAD EN AÑOS.	CON TRATAM. MIENTO.	SIN TRATAM. MIENTO.	TOTAL DE CASOS.	PORCENTAJE FONDEADOR- C/TRATAM.
15-19	14	50	64	22 %
20-24	122	140	262	47 %
25-29	84	117	201	42 %
30-34	74	45	119	62 %
35-39	36	30	66	55 %
40-44	23	20	43	53 %
TOTAL	353	402	755	47 %

CUADRO No 3.
RESPUESTA AL TRATAMIENTO POR EDAD.
U.R.F. No 20 I.C.S.S. AGO.-NOV. 1974.

EDAD en AÑOS.	CONVULSION TOTAL.	CONVULSION TEMPORAL.	SIMPLI MUSCLO.	SIN SIC.	TOTAL CASOS.
15-19	4	2	7	1	14
20-24	20	27	65	10	122
25-29	10	24	35	6	74
30-34	15	25	31	3	74
35-39	6	10	17	2	34
40-44	3	10	9	6	28
TOTAL	67	98	165	27	357
PORCEN TAJE.	18%	28%	46%	7%	100%

GRAFICO No. 1
MUJERES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE LEUCORRHEA
U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AGO-NOV 1984

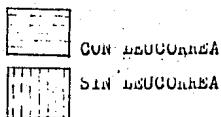
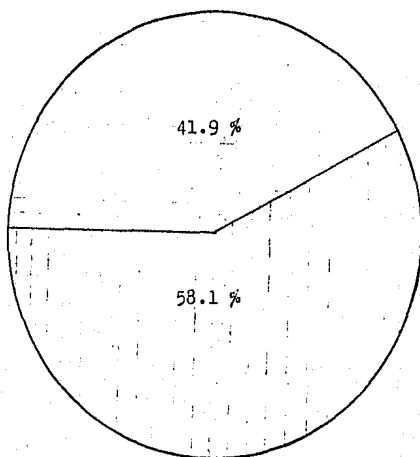


Gráfico No. 2

superior con leucocitos, por edad, IME No. 23, ISSS
1934.

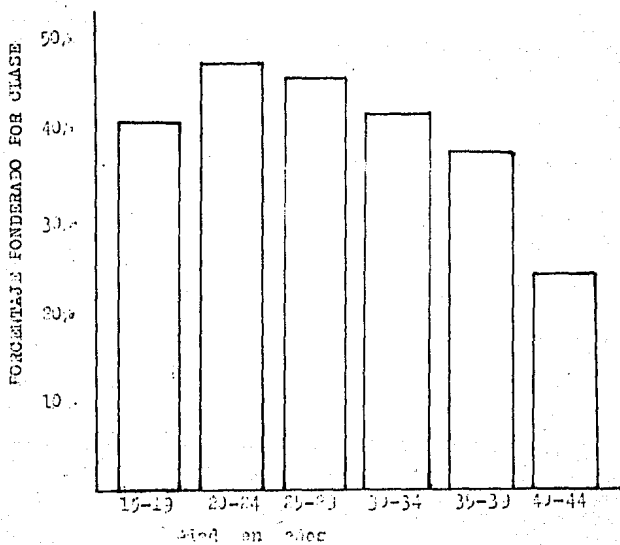
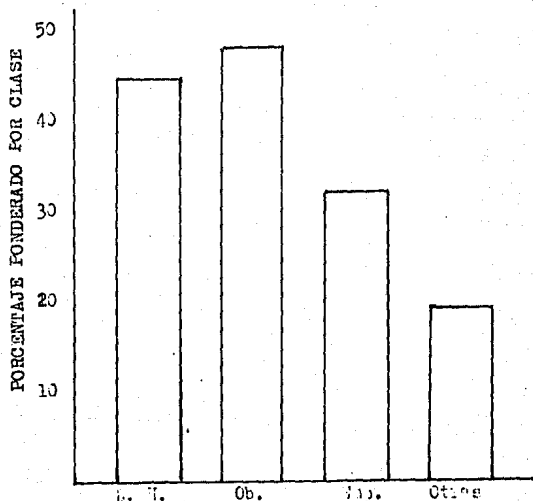


Gráfico No. 3

Mujeres con leucorrea, por ocupación, I.F. No. 1855
1934



L.H. = Mujeres del hogar

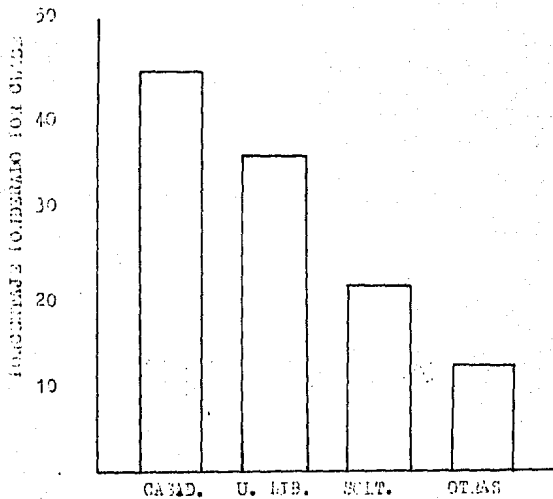
Ob. = Obreras

Sap. = Sapateras

Otras = Incluye: Comerciantes, profesionistas, sub-
empleadas, etc.

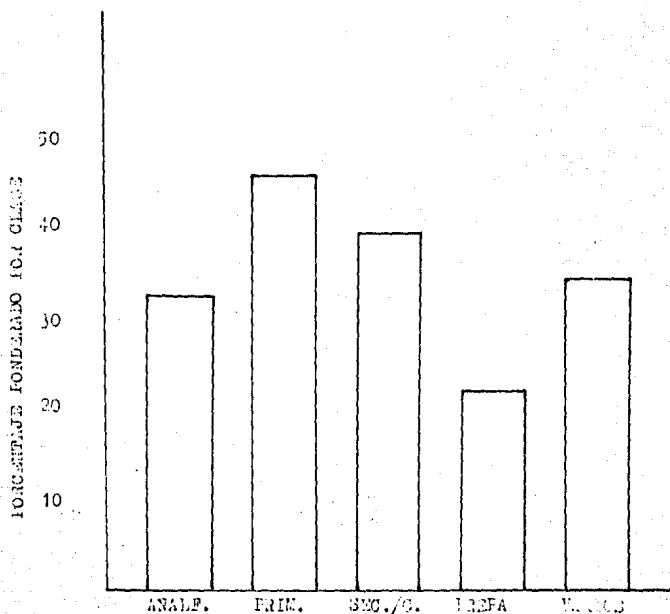
GRAFICO No. 4

MUJERES CON LA COORDINA POR DESALO CIVIL
U.N.F. No. 20 I.N.S.S. AGO-NOV 1934



CASAD. = CASADAS
U. LIB. = UNION LIBRE
SOLT. = SOLTERAS
OTAS = VIUDAS, DIVORCIADAS, MUJERES EN PROCESO DE
MATRIMONIO.

GRAFICO No. 5
NUMEROS CON LEGISLACION POR SEGURIDAD
U.M.F. No. 20 1.M.S.S. 130-NOV 1981



ANALP. = ALMACENES
PRIM. = PRIMARIA
SEC./C. = SECRETARIA Y/O COMISIC
PREFA. = PREPARATORIA
VARIOS. = INCLUYE: PROFESIONALES, MAGNAN, ARTESANOS, ETC.

GRAFICO No. 6

TIEMPO DE EVOLUCION EN MESES, DE LA LEUCORREA

U.M.F. No 20 I.M.S.S. AGO-NOV. 1984

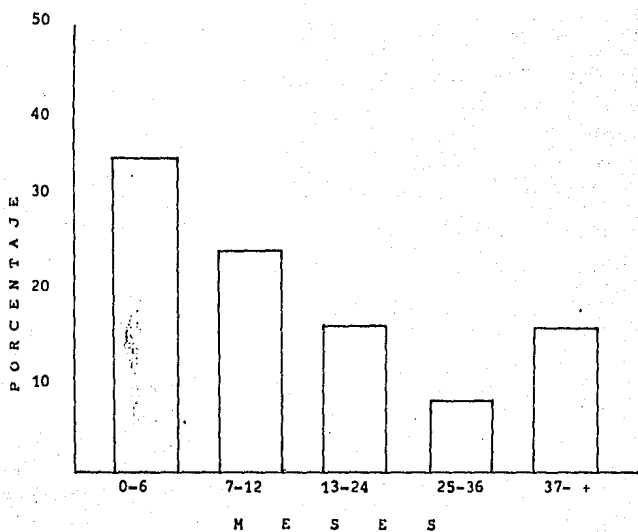


GRAFICO No. 7

MUJERES CON TRATAMIENTO, POR GRUPOS DE EDAD

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AGO.-NOV. 1984

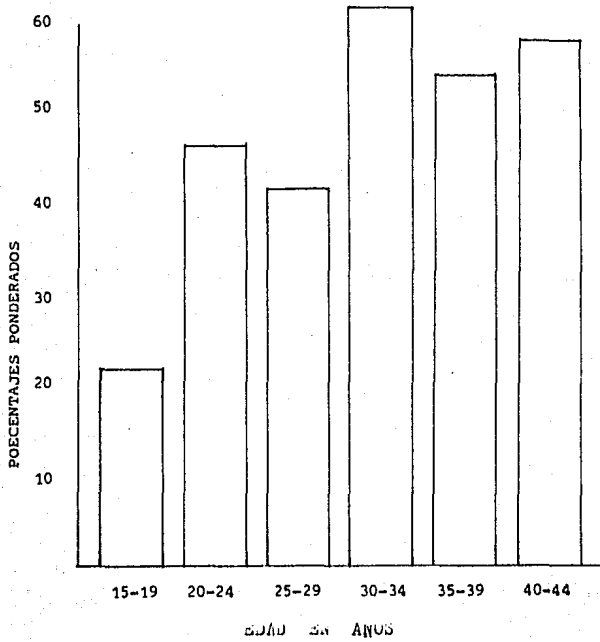
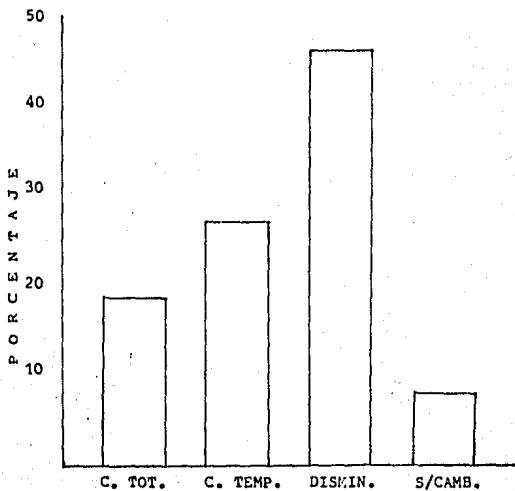


GRAFICO No. 8

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA LEUCORREA

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. AGO.-NOV. 1984



C. TOT. = CURACION TOTAL
C. TEMP. = CURACION TEMPORAL
DISMIN. = DISMINUCION
S/CAMB. = SIN CAMBIOS

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados del estudio nos muestran que de -- 1,314 mujeres estudiadas, 760 presentaron leucorrea (41.9 %) (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 1)

La distribución de la leucorrea por grupos de edad osciló en un rango de 23.6% hasta 47.5%, siendo el grupo de 20-24 años de edad donde se presentó con mayor frecuencia la leucorrea (47.5%) y descendió gradualmente conforme aumentó la edad; vemos que la leucorrea es más frecuente en los grupos de edad con mayor actividad sexual, lo que puede explicar su mayor frecuencia (4, 13, 17, 19). El -- porcentaje promedio fué de 41.9% (Vid. supra. cuadro y -- gráfico No. 2).

La distribución de la leucorrea por ocupación, osciló en un rango de 19.7% a 48.1%; siendo el grupo de las obreras donde se aprecia el porcentaje mayor (48.1%), y -- con pequeña diferencia el grupo de mujeres que se dedican al hogar (44.8%). El grupo menos afectado por el fenómeno estudiado fué el catalogado como "Otras" (que incluye a profesionistas, comerciantes, subempleadas, etc.) con -- un porcentaje de 19.1 %. Llama la atención que el grupo de las obreras tuvo el porcentaje más alto, sin embargo -- la casuística es bastante menor, comparada con el grupo -- de labores del hogar, por lo que este dato hay que tomarlo con reservas; lo mismo se puede decir del grupo catalogado como "Otras". (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 3).

La distribución de la leucorrea, por estado civil,

muestra un rango de 11.8% hasta 44.6%; siendo el grupo de mujeres casadas las que presentaron el porcentaje más alto (44.6%), siguiendo el grupo de mujeres en Unión Libre con 35.1% y, las solteras con 20.5%. Se considera que la estabilidad en la unión de la pareja (y por consiguiente mayor frecuencia en las relaciones sexuales) incide sobre la frecuencia de la leucorrea; pues se aprecia que las mujeres solteras (que se supone que tienen relaciones sexuales menos frecuente) tuvieron el porcentaje más bajo (-- 11.8%), pues la exposición al riesgo es menor, pues como han reportado varios autores (4, 13, 17, 19), la transmisión por vía sexual es la más importante. (Vid. supra cuadro y gráfico No. 4).

Comparando la distribución de la leucorrea con el grado de escolaridad, vemos que el rango oscila de 22.3% hasta 46.2%, siendo el grupo más afectado el de escolaridad primaria (46.2%) y disminuye la leucorrea conforme aumenta el grado de escolaridad, hasta 22.3% en el grado de escolaridad Preparatoria o su equivalente. El grupo de mujeres analfabetas presentó leucorrea en el 32.7%, sin embargo la casuística es pequeña, por lo que no se puede establecer un análisis de valor; lo mismo puede decirse del grupo con escolaridad "Varios", pues éste es muy disímulo. (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 5)

El tiempo de evolución de la leucorrea, demuestra que el 35% presentó una evolución de 0-6 meses (266 mujeres); 187 mujeres (24.7%) refirieron evolución de 7-12 meses; esto nos demuestra que más de la mitad de las muje -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

res tenían un año o menos de evolución, (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 6).

De las 760 mujeres que presentaron leucorrea, 358 mujeres (47.1%) recibieron tratamiento. Por grupos de edad, el rango de los porcentajes por grupo fué de 21.9% hasta 62.2%, siendo el grupo de 15-19 años de edad el -- que menor porcentaje de tratamiento recibido tiene (21.9 %); tal vez por la poca aceptación a la exploración ginecológica que condiciona el que no acudan al médico. El grupo de 20-24 años de edad (el grupo de mayor porcentaje con leucorrea, ver cuadro No. 2), refiere un porcentaje de tratamiento del 46.6%, mucho menor que el de las -- mujeres del grupo de 30-34 años (62.2%). Se aprecia que a mayor edad, hay mayor porcentaje de tratamiento recibido, lo que manifiesta que se acude más con el médico y -- se explicita el problema. (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 7).

Analizando la respuesta al tratamiento, vemos que únicamente el 18.7% de las mujeres que se trataron, presentaron curación; y cerca de la mitad de las pacientes-- (46.2%) presentaron únicamente, disminución de la sintomatología; o sea, que menos de la 5a. parte de las mujeres con leucorrea, se curaron con el tratamiento recibido. Esto nos indica que necesitamos ser más intencionados en correlacionar la sintomatología con los agentes -- etiológicos para que el tratamiento sea más efectivo. -- (Vid. supra. cuadro y gráfico No. 8)

Si comparamos el porcentaje de mujeres con leucorrea encontrado en este estudio (41.9%), con el reporta-

do en las estadísticas de morbilidad de la U.M.F. No. 20-
del I.M.S.S., vemos que la diferencia es bastante notoria
 $41.9\% - 2.03\% = 39.87\%$.

CONCLUSIONES

- De 1914 mujeres estudiadas, se encontró que 760 mujeres presentaron leucorrea en el periodo de tiempo pre-establecido, representando un 41.9% del total de la muestra; porcentaje mucho mayor que el reportado (2 %) por el departamento de codificación de la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S.; lo que corrobora nuestra hipótesis.
- La distribución de la leucorrea por grupos etáreos, es más frecuente entre los 20 y 24 años, disminuyendo según aumenta la edad de la mujer, como consecuencia de la disminución de la actividad sexual (17).
- Según la ocupación, en el presente estudio se encontró que la leucorrea es más frecuente en las obreras, con poca diferencia sobre las mujeres que se dedican a labores del hogar.
- La leucorrea es más frecuente en las mujeres casadas (44.6%), seguida del grupo de las mujeres que viven en Unión Libre (35.1%), y con menos porcentaje las mujeres solteras.
- La leucorrea es más frecuente en mujeres con educación primaria (46.2%), y disminuye según aumenta el grado de escolaridad.
- Más de la mitad de las mujeres con leucorrea (60%) en este estudio, tienen de 0-1 año de evolución.
- Menos de la mitad de las mujeres que presentan leucorrea, reciben tratamiento (47%). El grupo de edad en que mayor porcentaje de mujeres reciben tratamiento, -

- en el de 30-34 años.
- De las mujeres que reciben tratamiento, solo el 18% -- (menos de la 5a. parte) curan totalmente.
 - Comparando el porcentaje de mujeres con leucorrea en -- el presente estudio (41.9%), con el reportado por las -- estadísticas en la U.M.F. No. 20 (2.03%), vemos que -- existe subregistro importante.

C O M E N T A R I O S

La leucorrea es el principal síntoma y signo de la mayoría de las infecciones cervicovaginales, siendo la mayoría de las veces, transmitidas por vía sexual (4 17, 19), por lo que es importante tener en cuenta esta situación a la hora de delimitar la población a estudiar. En este estudio, la población fué, en términos generales homogénea, pues la mayoría de las mujeres estudiadas procede de una zona socioeconómica más o menos uniforme, pero valdría la pena realizar investigaciones comparando una muestra de una zona de diferentes características socioeconómicas y culturales para ver si existe similitud de resultados.

En cuanto a la ocupación, valdría la pena comparar muestras de mujeres obreras con mujeres que se dedique a labores del hogar, pero con muestras numéricamente iguales para que los resultados tengan mayor validez, y ver si persiste la mayor frecuencia observada en el grupo de las obreras, como sucedió en este estudio.

Viendo el porcentaje tan bajo de curación, observado en las mujeres que recibieron tratamiento, nos obliga a aumentar nuestra acuciosidad en el diagnóstico y tratamiento de las cervicovaginitis, pues como han demostrado algunos autores (17, 19, 22), el tratamiento es fácil y seguro siempre que se elabore un diagnóstico correcto y se use el medicamento y las dosis adecuadas.

La validez externa de estas conclusiones se li-

tan por el hecho de no haber podido controlar la muestra desde el punto de vista cualitativo en forma rigurosa, - como ya se explicó en el capítulo de Material y Métodos.

R E S U M E N

El presente, es un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, realizado en la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S., para conocer la prevalencia de la leucorrea, y distribución según grupos etáreos, en las mujeres en edad fértil, adscritas a dicha Unidad.

Se estudiaron 1,814 mujeres con vida sexual activa y sin entidades patológicas o fisiológicas que favorecieran la presencia de dicha entidad (leucorrea).

La muestra se seleccionó tomando un 10 % del total de mujeres en edad fértil (32,000) adscritas a la U.M.F. No 20, quedando un total de 3,200 mujeres; de las cuales solo 1,814 cumplieron los requisitos para el estudio.

Los resultados se elaboraron usando cuadros de asociación y graficos de barras simples, en los que se relaciona la presencia de leucorrea según edad, ocupación, estado civil, escolaridad, porcentaje de tratamiento recibido y la respuesta a éste.

La prevalencia de la leucorrea es de 41.9%, es más frecuente entre 20-24 años, disminuye según aumenta la edad. Es más frecuente en las mujeres casadas (44.6%) con escolaridad primaria (46.2%) disminuyendo según aumenta el grado de escolaridad. Menos de la mitad de las mujeres con leucorrea reciben tratamiento; de éstas, solo el 18 % curaron totalmente.

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

- 1.- Novak, Edmund A., Tratado de Ginecología, México, Edit. Interamericana, 5a. ed., 1977, pags. 604-607
- 2.- Benson, Ralph C., Manual de Ginecología y Obstetricia, México, Edit. El Manual Moderno, 5a. ed., 1979 pags. 450-476 y 484-495
- 3.- Calderón, Ernesto., Conceptos Clínicos de Infectología, México, Edit. Fco. Méndez Cervantes, 5a. ed. -- 1979, pags. 391-402
- 4.- A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S., Ginecología y Obstetricia México, Edit. Méndez Uteo, 2a. ed., 1980, pags. 709-721
- 5.- Vibriones anaerobios en la leucorrea: Técnica de aislamiento y sensibilidad a los antibióticos.
Durieux, R., Dublanchet, A. et al., en Avances Abstracta en Infección e Inmunología, 1980, Vol. 10, páginas 109-115.
- 6.- Charles, David., Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, México, Edit. Interamericana, 1a. ed., 1976, -- pags. 61-78.
- 7.- Boletín de Planificación Familiar, IMSS, México, Enfermedades sexualmente transmitidas, Año IV, No. 2 - Marzo/Abril, 1982, pag. 2.
- 8.- Huggins, G. K. et al., Composición de la secreción vaginal, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol 2 1981, pags. 363-365.
- 9.- Gibbs, R. S. et al., Vaginal colonization with resis

- tant aerobic bacteria after antibiotic therapy for endometritis, A. J. Obstet. Gynecol. Vol. 142, No. 2, 130:134, 1982.
- 10.- Niebyl, J.: Infecciones por Monilia. Clinicas de Medicina Familiar, Diciembre 1975, pags 537-39.
 - 11.- Galask, Rudolph F., et al.: Vaginitis, Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1976, pags 60-76.
 - 12.- Fleury Frederick: Vaginitis en la adulta. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 2, 1981, pags. -- 415-430.
 - 13.- Gardner, H., Kaufman, R.: Bening diseases of the vulva and vagina, ed. 2 Boston, G. K. Hall & Co. 1980
 - 14.- Gorbach, S. D., et al : Anaerobic microflora of the cervix in healthy women. Am. J. Obstet. Gynecol. -- 117:1053, 1973.
 - 15.- Baldson, M. J., et al, Corynebacterium vaginale -- and vaginitis: A controlled trial of treatment. -- Lancet, 1:501, 1980.
 - 16.- Vontver, L.A., et. al.: Participación de Gardnerella vaginalis en la vaginitis inespecifica. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 2, 1981, pags 453-458.
 - 17.- Osborne, N. G., et al.: Vaginitis in sexually active women: Relations ip to nine sexually transmitted organisms. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 142, No. 8 pags. 962-967, 1982.
 - 18.- Padilla, A. M., Tesis: Comunicación personal
 - 19.- Gonorrea: planes recomendados de tratamiento para -

1984: Preparado por la División de Control de las -
Enfermedades Venéreas, Oficina de Servicios Estata-
les, Centro para Control de Enfermedades, Atlanta -
Georgia. En Clinicas de Medicina Familiar, Dic. 1974
pags. 660-670.

- 20.- Minkoff, H. M., et al.: Vaginal colonization with -
Group b beta-hemolytic streptococcus as a risk fac-
tor post-cesarean section febrile morbidity. Am. -
J. Obstet. Gynecol. Vol. 142, No. 8, 1982, 992-995.
- 21.- Peeters, F., et al.: Observations of candidal vagi-
nitis. Am. J. Obstet. Gynecol., 112:80 1972.
- 22.- Bowie, W.H., et al.: Efficacy of treatment regimens
for lower urogenital Chlamydia trachomatis infec --
tion in women. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 142 -
No. 2, pags. 125-129, 1982.
- 23.- Taylor-Robinson, D. et al.: The genital mycoplasma,
N. Engl. J. Med. 302:1003, 1980
- 24.- Osborne, N. G.: The significance of mycoplasma in -
fection, J. Reprod. Med., 19:39, 1977.
- 25.- Mac Mahon, et al.: Métodos de Epidemiología, México
Edit. Prensa Médica Mexicana, 1a. ed., 1969, pag. 48
- 26.- Comel, Fayad.: Curso de Estadística de Salud Públi-
ca, Material de apoyo, U.M.R. No 20 I.M.S.S.
- 27.- Reporte de morbilidad, Departamento de Codificación
U.M.R. No 20, I.M.S.S.