

11226
29.20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H. G. Z. No. 29 ARAGON**

**TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA EN LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA
EN EL H. G. Z. No. 29 ARAGON.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. LUISA BELTRAN GARCIA
1984--1986



MEXICO, D.F. ENERO DE 1986.

**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**



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 .

	Pags.
1.-Antecedentes Científicos -----	1-8
2.-Planteamiento del problema y justificación---	9-11
3.-Objetivos-----	12
4.-Material y métodos -----	13-14
5.-Variables e Indicadores -----	15
6.-Presentación de resultados:	
Prosa -----	16-23
Cuadros y Gráficas -----	24-46
7.-Conclusiones y Comentarios -----	47-50
8.-Bibliografía -----	51.

INTRODUCCION.

Vivimos en una época de crisis en la que cada miembro de la familia debe poner su máximo esfuerzo para salir adelante en todos los aspectos; para realizar esto el individuo debe estar en las mejores condiciones de salud, por lo que los médicos tenemos la obligación de actualizar nuestros conocimientos en forma continua y no tener prejuicios contra determinados padecimientos como es la dismenorrea.

El médico en muchas ocasiones no le da importancia catalogándolo como una cosa "normal" ó "cosas de mujeres sin importancia", restandole por lo tanto importancia al tratamiento impartido provocando con ello alteraciones socio-económicas a las pacientes portadoras de este padecimiento.

En el presente estudio se hará una comparación del tratamiento impartido en la CE de Medicina Familiar y Ginecología para determinar que tan actualizados están los tratamientos impartidos por ambas consultas para beneficio de las derechohabientes.

1.-ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Definición.-La dismenorrea se define como la menstruación dolorosa; y puede clasificarse en dismenorrea primaria y secundaria.

La dismenorrea primaria a la que también se le denomina como intrínseca, esencial ó idiopática; se le define como la presencia de dolor tipo cólico o espasmodico localizado en hipogastrio y que se presenta antes, durante y ocasionalmente después de la menstruación, sin que exista una patología identificable macroscópicamente en la pelvis.

La dismenorrea secundaria denominada también extrínseca ó adquirida presenta una sintomatología similar a la dismenorrea primaria, pero existe una entidad patológica identificable.

Incidencia y prevalencia.-Estas varían de un investigador a otro, pero la mayoría señala una frecuencia del 52 al 72% de mujeres post-puberales que han padecido esta enfermedad en alguna etapa de su vida.

En una encuesta efectuada por Gallo en nuestro medio y en mujeres entre 25 y 30 años de edad, encontró una frecuencia de 64% y de esta el 35.9% se referían como casos incapacitantes (2).

En un estudio realizado en Estados Unidos se mencio

na que la dismenorrea es la causa que provoca mayor -- pérdida de horas de trabajo y días escolares con un -- promedio estimado de 140 millones de horas trabajadas--perdidas anualmente.

En nuestro país aún cuando no se han hecho estudios en cuanto a horas de trabajo perdidas por causa de la dismenorrea, estas son importantes ya que en los últimos años se ha incrementado el número de mujeres que -- trabajan fuera de sus hogares.

Etiología.-La etiología de la dismenorrea primaria puede ser ocasionada por: factores psicológicos, endocrinos, cervicales y miométriales, así como la presencia de niveles altos de prostaglandinas uterinas.

Factores psicológicos: como siempre basados en un número de estudios es aceptado que hay alguna asociación aunque sea pequeña entre dismenorrea y factores psicológicos. La dismenorrea ha sido asociada con depresión severa, incremento en el porcentaje de suicidios y en general a inadaptación. Formulas no analíticas de los factores psicológicos incluyen el rol de sugestión, imitación de la madre, actitudes negativas hacia la menstruación por tabus primitivos, falta de educación, los beneficios de ganancias secundarias etc.

Factores endocrinos: La dismenorrea primaria tiene lugar tan solo en ciclos ovulatorios. Investigaciones recientes sugieren que hay elevación de los niveles -- circulantes de vaso recina durante la fase menstrual --

lo que provoca contracciones uterinas disríticas.

Factores miometriales y cervicales.-Observaciones habituales sugieren que hay un aumento de actividad uterina anómala debida a la producción elevada de prostaglandinas uterinas aunado a un descenso de la producción de esteroides ováricos en el momento de la menstruación.

Se ha encontrado en mujeres con dismenorrea primaria las siguientes anomalías en la actividad uterina:

- 1.-Aumento del tono basal uterino. (mayor de 10 mmHg).
- 2.-Aumento de la presión activa de la contracción.
- 3.-Aumento de la frecuencia de las contracciones (mas de 5 en 10 minutos).
- 4.-Actividad uterina incoordinada, la presencia de este trastorno hace que los anteriores se potencialicen.

Producción elevada de Prostaglandinas.-Existen ya pruebas de la participación de las prostaglandinas en la patogenesis de este síndrome y que se resume de la siguiente manera: en las mujeres con dismenorrea se ha encontrado aumento en la relación PGF_2/PGE_2 (prostaglandinas que tienen dos enlaces dobles) en el fluido menstrual, aumento de las cifras de PGF_2 por gramo de endometrio y mayor circulación de metabolitos de PGF_2 .

La etiología de la dismenorrea secundaria puede estar causada por las siguientes entidades:

- 1.-Endometriosis.
- 2.-DIU.
- 3.-Inflamaciones e infecciones pélvicas.

- 4.-Adenomiosis.
- 5.-Miomomas, polipos y adherencias uterinas.
- 6.-Malformaciones congenitas del sistema de Muller(utero bicorne, septo vagina transversal, cuerno uterino-aberrante).
- 7.-Oclusión ó estenosis cervical.
- 8.-Quiste de ovario.
- 9.-Síndrome de congestión pelvica.

Sintomatología.-En la dismenorrea primaria se presenta dolor de tipo espasmodico localizado en hipogastrio el cual puede irradiarse hacia la región lumbar - y/o a lo largo de los muslos, se puede acompañar además de nauseas, vomito, diarrea, cefalea y cansancio. El dolor se inicia antes de la hemorragia vaginal visible y es más intenso durante el primer día de la menstruación - y puede durar desde unas horas hasta un día superandorara vez este lapso de tiempo. En la dismenorrea secundaria se presenta la misma sintomatología.

Diagnostico.-Generalmente se realiza en base a los hallazgos clínicos como son: las fechas de inicio son - aproximadamente las mismas que la fecha de la menarca. la dismenorrea se presenta solo durante el primer día de la menstruación rebasando rara vez las 48 ó 72 hrs. y se inicia pocas horas antes o al iniciarse el sangrado menstrual. El tipo de dolor es parecido a las contracciones del parto. El tacto combinado (recto-vaginal) es normal.

La dismenorrea secundaria debiera sospecharse cuando esta se inicia después de 2 años o más de iniciada la menarca y se debiera investigar primeramente la existencia de endometriosis que es la causa más frecuente de la dismenorrea secundaria. Se recomienda la realización de una laparoscopia para confirmar o descartar una endometriosis en caso de que en la historia de la paciente exista el antecedente de una hermana o madre que ha ya padecido o padezca este trastorno.

Tratamiento.-Junto con el tratamiento específico es esencial una psicoterapia simple, un diálogo de apoyo entre el médico y la paciente.

Los dos grupos de medicamentos 100% efectivos y específicos son los contraceptivos orales y los inhibidores de la prostaglandin sintetasa.

Contraceptivos orales.-Son de primera elección que deseen usarlos además como medio de control natal. Los contraceptivos combinados son efectivos en el tratamiento de la dismenorrea primaria. En estudios realizados se ha visto que las pacientes que son manejadas con contraceptivos, la excreción de prostaglandinas en el fluido menstrual se encuentra disminuida por debajo de niveles normales, lo que se ha explicado por los siguientes mecanismos:

- 1.-Disminución en la cantidad de sangrado menstrual -- que es debido a una supresión del tejido endometrial, efecto que se presenta durante la ingesta de con

traceptivos orales.

2.-Supresión de la ovulación, lo que produce un medio endocrino similar al existente en la fase proliferativa precoz del ciclo menstrual en el cual se encuentran en sus niveles mas bajos las prostaglandinas.

Aproximadamente un 90% de mujeres con dismenorrea primaria ven aliviados sus sintomas con este tratamiento el cual se puede continuar durante 3-4 meses.

Inhibidores de la prostaglandin sintetasa.-Cuando no es necesario usar los contraceptivos como metodo de control natal el tratamiento de eleccion es un inhibidor de la prostaglandil sintetasa, con la ventaja de que solo se administran durante 2-3 dias del ciclo menstrual, además al no suprimir el eje hipofiso-ovárico no producen efectos metabolicos colaterales como los contraceptivos orales. M Yusoff Dawood aconseja una prueba terapeutica hasta de seis meses con un inhibidor de la prostaglandil sintetasa haciendo modificaciones en la dosificación o modificaciones de un inhibidor a otro, tiempo en el que se demostrara si hay alivio de la sintomatologia con este tipo de tratamiento.

Actualmente se dispone de 5 grupos de inhibidores de la prostaglandil sintetasa fundamentalmente:

- 1.-Los derivados del ácido benzoico (aspirina).
- 2.-Las butirofenonas (Fenilbutazona).
- 3.-Los derivados del ácido indolacético (Indometacina)

4.-El Fenamato (ácido mefenámico, ácido flufenámico).

5.-Los derivados del ácido arilpropiónico (Ibuprofen, naproxen, Ketoprofen).

Entre los más efectivos y que producen menos reacciones secundarias indeseables se encuentran el fenamato y los derivados del ácido arilpropiónico.

Con el ibuprofen, la indometacina y el naproxen se produce reducción de las prostaglandinas endometriales lo cual devuelve a la actividad uterina a su punto normal produciendo alivio clínico.

El tratamiento se debe mantener las primeras 48 horas de la menstruación.

Las dosis a las que se usan los inhibidores de la prostaglandil sintetasa para el tratamiento de la dismenorrea son las siguientes:

Indometacina	25 mg	3-6 veces al día.
Acido Flufenámico	100-200 mg	3 veces al día.
Acido Mefenámico	250-500 mg	3-4 veces al día.
Acido Tolfenámico	133 mg	3 veces al día.
Ibuprofén	400 mg	3 veces al día.
Naproxen Sódico	275 mg	4 veces al día.
Ketoprofén	50 mg	3 veces al día.

Los analgésicos, antiespasmódicos, tranquilizantes, diuréticos etc, se pueden utilizar como tratamiento de apoyo a cualquiera de las dos medidas terapéuticas.

Si los tratamientos mencionados anteriormente no resultaran efectivos, debiera pensarse en una dismenorrea

rrea secundaria y el tratamiento de esta estara enca-
minado a tratar la patologia de fondo causante de esta
entidad.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

Durante la rotación por la consulta externa de medicina familiar observe que a las pacientes con dismenorrea se les trata solo en forma sintomática por lo que no se realiza un diagnóstico y tratamiento integral y específico incluyendo dentro de este último la negación de la incapacidad por lo cual las pacientes se ven obligadas en muchas ocasiones a faltar a sus centros de trabajo provocando trastornos laborales y económicos que repercuten en la situación socio-económica familiar, y cuando las pacientes son estudiantes influye en el ausentismo escolar.

Por lo tanto la pregunta la pregunta que surge es: ¿se esta manejando en forma adecuada a las pacientes con dismenorrea, en cuanto a la elaboración del diagnóstico y tratamiento proporcionado incluyendo el otorgamiento ó negación de la incapacidad laboral, a nivel de la consulta externa de medicina familiar?.

Justificación.

Debido a la situación económica por la que atraviesa el país desde hace varios años, el rol de la mujer dentro de la economía familiar se ha modificado en forma importante, ya que actualmente un gran porcentaje de mujeres ya no son consideradas solo como esposas-compañeras, sino como esposas-colaboradoras, dado que su apoyación económica al hogar es de vital importancia entrando así a formar parte de la población económicamen

te activa, adquiriendo así todas las obligaciones y derechos de un trabajador.

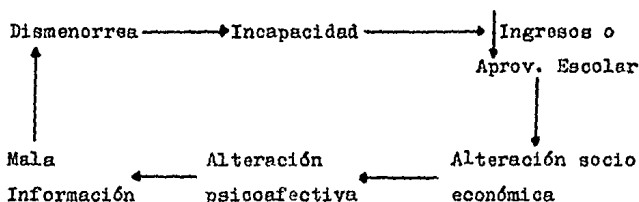
Al contribuir a la economía de su hogar y del país en crisis la mujer a tenido que enfrentar multiples -- problemas, dada su condición de mujer y al lugar que -- por tradición ocupaba dentro de su hogar, a tenido que enfrentar el rechazo al penetrar en circulos laborales en donde antes solo el hombre tenía cabida, aunado a eg to y en la mayoría de los casos estas mujeres deben -- continuar desempeñando su papel de esposas-compañeras sin colaboración de sus conyuges, a todo esto se agrega una situación fisiologica inherente a su sexo "la mens truación", situación que se agrava cuando se presenta - dismenorrea.

Cuando la paciente se presenta al consultorio y se le hace diagnóstico de dismenorrea incapacitante y dado que tiene los mismos derechos que cualquier otro -- trabajador del sexo masculino se le extiende incapacidad que habitualmente no excede de tres dias por lo -- cual según las normas de nuestro régimen de seguridad-social no es renumerada. Esta situación merma por una -- parte el ingreso familiar y por otra disminuye la fuer za de producción representada en horas de trabajo, re-- percutiendo esta situación directamente por un lado en la situación socio-económica de la familia y por otro- en la economía del país.

Si la paciente es estudiante la presencia de la dis

menorrea influye en el ausentismo escolar y por lo tanto en el rendimiento y aprovechamiento escolar.

Esta situación va a provocar también alteraciones psicoafectivas en la paciente, en su medio laboral o escolar, así como en el familiar, y si no se le da una atención adecuada, la paciente buscara información por otros medios, adquiriéndola en muchas ocasiones en forma errónea con lo cual aumenta su tensión, repercutiendo esto en forma indirecta en la persistencia de la dismenorrea, formándose así un círculo vicioso.



Por todo lo anteriormente mencionado considero que es importante realizar un diagnóstico preciso de la dismenorrea, determinar cuando esta es incapacitante y la administración de un tratamiento adecuado incluyendo dentro de este último el envío a segundo nivel de atención cuando la paciente lo amerite, para evitar por estos medios las alteraciones ya mencionadas y sus consecuencias en la situación socio-económica familiar y del país.

3.-OBJETIVOS:

Objetivo General: Determinar y comparar el tratamiento instituido a pacientes con dismenorrea que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y Ginecología del H.G.Z. - # 29 Aragón durante 1985 (1^o Enero al 31 de Dic.) incluyendo el otorgamiento o no de incapacidad laboral.

Objetivo Específico: Determinar la incidencia de dismenorrea en derechohabientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar y Ginecología del H.G.Z. # 29 Aragón durante 1985 (1^o Enero al 31 de Dic.).

4.-MATERIAL Y METODOS.

A.-Caracterización del trabajo.

-Tipo de estudio: Descriptivo.

-Por la época de captación de la información: Retrospectivo.

-Por la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.

-Por el tipo de contrastación: Comparativo.

B.-Procedimiento de recolección de datos.

-Se revisaron las formas 4-30-6 de la consulta externa de Medicina Familiar extrayendo los casos codificados como dismenorrea de primera vez que asistieron a consulta al H.G.Z. # 29 Aragón durante 1985 (1^o Enero al 31 de Dic.).

-Se realizó el mismo procedimiento con las formas 4-30-6 de la consulta externa de Ginecología del mismo centro hospitalario y durante el mismo lapso de tiempo.

-Posteriormente se revisaron los expedientes de los casos extraídos y codificados como dismenorrea de primera vez tanto de la consulta externa de Medicina Familiar como de Ginecología extrayendose los datos que posteriormente se mencionan.

C.-Criterios de inclusión.

-Mujeres entre 9 y 49 años que acudieron por primera vez a la consulta externa de Medicina Familiar y Ginecología del H.G.Z # 29 Aragón durante 1985 (1^o Enero al 31 de Dic.) y que fueron diagnosticadas y codifica-

das como dismenorreicas.

-Mujeres que fueron diagnosticadas y codificadas como dismenorreicas y que se encontró su expediente clínico.

D.-Criterios de exclusión.

-Mujeres menores de 9 años o mayores de 49 años que fueron diagnosticadas como dismenorreicas.

-Mujeres que aun siendo diagnosticadas y codificadas como dismenorreicas no se encontró el expediente en el archivo.

-Mujeres que al revisar el expediente no se encontró nota que mencionara el diagnóstico por investigar.

-Mujeres que fueron codificadas con padecimiento de dismenorrea y al revisar el expediente se encontró un diagnóstico diferente al que se investiga.

5.-VARIABLES E INDICADORES.

-Edad.

-Ocupación.

-Estado Civil.

-Grado de estudios.

-Antecedentes Gineco-obstetricos:Menarca

Ritmo.

VSA e IVSA.

Gestas.

Paras.

Abortos.

Cesareas.

Metodo de PPF.

-Tratamiento utilizado:Inhibidores de la Prostaglandil

sinetasa.

Hormonales orales.

Otros.

Incapacidad.

6.-PRESENTACION DE RESULTADOS.

Se revisaron 73 casos de dismenorrea vistos por primera vez en la consulta externa de Medicina Familiar y 25 casos vistos en la consulta externa de Ginecología.

Se clasificó el estado civil por grupos de edad del total de casos revisados (98) respetando la codificación realizada en el hospital, el primer grupo de 11 a 44 años y el segundo de 45 a 64 años.

Los resultados del primer grupo fueron: 43 solteras (43.87%); 39 casadas (39.79%) y 11 pacientes (11.22%) de las cuales se ignora el estado civil.

Los resultados del segundo grupo fueron: 5 casadas (5.12%), en este grupo no hubo pacientes solteras ni que se ignorara su estado civil (ver cuadro 1 y grafica correspondiente).

Se clasificó el grado de escolaridad y la ocupación del total de casos revisados (98); la escolaridad se dividió en cuatro grupos: primaria, secundaria ó equivalente, preparatorio y el grupo en el cual se ignora el grado de escolaridad. La ocupación fue clasificada en tres grupos: Estudiantes, labores del hogar y trabajadoras.

Los resultados fueron: 2 pacientes (2.04%) cursaban la primaria; 9 pacientes (9.18%) cursaban la secundaria; 1 paciente cursaba la preparatoria (1.02%); y de 8 pacientes (8.16%) se ignora el grado de escolaridad. De las pacientes dedicadas a las labores del hogar 9 (9.18%) cursaron

la primaria; 10 (10.20%) la secundaria; 1 (1.02%) la preparatoria y de 6 (6.12%) se ignora la escolaridad. De las pacientes trabajadoras 9 (9.18%) cursaron la primaria; 15 (15.30%) la secundaria; 6 (6.12%) la preparatoria, y de 22 (22.44%) se ignora la escolaridad. (ver cuadro número 2)

Los antecedentes ginecobstetricos se clasificaron -- por separado los de Medicina Familiar y Ginecología tomando en cuenta los siguientes parametros:

Menarca; dividiendose en tres grupos de acuerdo a la edad de inicio de esta; el primero de 9 a 16 años edad en la que se considera normal el inicio, el segundo grupo de $-9 \text{ ó } +$ de 16 años considerado como inicio anormal y el tercer grupo en el cual se ignora la edad de inicio.

Los resultados de los casos revisados de la consulta externa de Medicina Familiar fueron: 37 pacientes -- (50.58%) pertenecieron al primer grupo; ninguna al segundo grupo y 36 pacientes (49.32%) al tercer grupo. (ver cuadro número 3 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados de la consulta externa de Ginecología fueron: 24 pacientes (96%) pertenecieron al primer grupo y 1 paciente (4%) al segundo grupo, ninguna al tercer grupo. (ver cuadro número 4 y grafica correspondiente).

Los ciclos menstruales se clasificaron en tres grupos de acuerdo a los días transcurridos entre una y -- otra menstruación. El primero de 25 a 35 días considera

do como normal, el segundo de -25 ó + de 35 días considerado como anormal, y el tercer grupo en el cual se ignoran las características del ciclo.

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de medicina familiar fueron: 36 pacientes -- (49.33%) pertenecieron al primer grupo; 2 pacientes -- (2.73%) al segundo grupo y 35 pacientes (47.94%) al tercer grupo. (Ver cuadro # 3 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Ginecología fueron: 22 pacientes (88%) pertenecieron al primer grupo; 3 pacientes (12%) al segundo grupo y ninguna al tercer grupo. (ver cuadro # 4 y grafica correspondiente).

La duración de la menstruación se clasificó en tres grupos de acuerdo a los días de duración: el primer grupo de 3 a 7 días considerado como normal; el segundo grupo de -2 ó + de 7 días considerado como anormal y el tercer grupo en el cuál se ignoran las características de la duración.

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de medicina familiar fueron: 33 pacientes -- (45.22%) pertenecieron al primer grupo; 5 pacientes --- (6.84%) al segundo grupo y 35 pacientes (47.94%) al tercer grupo. (Ver cuadro # 3 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Ginecología fueron: 24 pacientes (96%) pertenecieron al primer grupo; 1 paciente (4%) al segundo --

grupo y ninguna al tercero. (Ver cuadro # 4 y grafica correspondiente).

La vida sexual se clasificó en tres grupos; el primero formado por las pacientes con vida sexual activa, el segundo por las que no la tenían y el tercer grupo por las pacientes en las cuales se ignora este antecedente

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Medicina Familiar fueron: 38 pacientes -- (52.05%) pertenecieron al primer grupo; 19 pacientes --- (26.02%) al segundo y 16 pacientes (21.93%) al tercer grupo. (Ver cuadro # 5 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de ginecología fueron: 16 pacientes (40%) pertenecieron al primer grupo; 15 pacientes (60%) al segundo y ninguna al tercero. (Ver cuadro # 6 y grafica correspondiente).

El inicio de la vida sexual activa se clasificó en tres grupos de acuerdo a la edad de inicio: el primer grupo de 14 a 19 años considerado como edad temprana, el segundo grupo entre 20 y 40 años y el tercer grupo en el cual se ignora este antecedente.

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Medicina Familiar fueron: 12 pacientes -- (31.57%) pertenecieron al primer grupo; 8 pacientes --- (21.07%) al segundo y 18 pacientes (47.36%) al tercero. (ver cuadro # 5 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consul-

ta externa de Ginecología fueron: 2 pacientes (20%) pertenecieron al primer grupo y 8 pacientes (80%) al segundo, ninguna al tercero. (Ver cuadro # 6 y grafica correspondiente).

Los antecedentes obstetricos se realizaron en relación a las pacientes con VSA (38 de medicina familiar y 10 de Ginecología por separado) clasificandolas en dos grupos de edad: el primero de 14 a 44 años y el segundo de 45 a 49 años (respetandose la codificación hecha por el hospital) tomando además como parametros el número de gestas, paras y abortos (no se encontraron casos de cesareas) clasificandolos en 0, 1, 2, 3 ó + y se ignora el antecedente; esta clasificación para todos los parametros.

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Medicina Familiar fueron: para el primer grupo; G-0; 6 pacientes (15.78%). G-1; 8 pacientes (21.05%). G-2; 9 pacientes (23.68%). G-3 ó +; 9 pacientes (23.68%). Se ignora 2 pacientes (5.26%). P-0; 5 pacientes (13.16%). P-1 12 pacientes (31.57%). P-2; 9 pacientes (23.68%). P-3 ó +; 6 pacientes (15.78%). Se ignora 2 pacientes (5.26%). A-0; 20 pacientes (52.63%). A-1; 15 pacientes (39.47%). Se ignora 1 paciente (2.63%).

En el segundo grupo los resultados fueron: G-3 ó +; 4 pacientes (10.55%). P-3 ó +; 4 pacientes (10.55%). A-1; 1 paciente (2.63%). A-2; 1 paciente (2.63%). No hubo antecedentes de los otros parametros. (Ver cuadro # 7 y gra--

fica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Ginecología fueron para el primer grupo: G-0; 3 pacientes(30%).G-I; 3 pacientes(30%).G-2; 3 pacientes(30%).P-0; 4 pacientes(40%).P-I; 2 pacientes(20%).P-2 3 pacientes(30%).A-0; 6 pacientes(60%).A-I; 3 pacientes(30%).

Del segundo grupo los resultados fueron:G-3 ó +; 1 - paciente(10%).P-3 ó +; 1 paciente(10%).A-I; 1 paciente - (10%).(Ver cuadro # 8 y grafica correspondiente).

Los metodos de planificación familiar se clasificaron en forma conjunta(Medicina Familiar y Ginecología; 48 pacientes en total)de acuerdo al tipo de metodo usado,obteniendose los siguientes resultados;26 pacientes (54.16%)usaban DIU,2 pacientes(4.16%). metodos locales 2 pacientes(4.16%)metodo quirurgico definitivo(salpingoclasia),2 pacientes(4.16%)hormonales orales,2 pacientes usaban el Ritmo(4.16%).8 pacientes(16.66%)no usaban ningun método y de 6 pacientes(12.54%)Se ignora este antecedente.(Ver cuadro # 9 y grafica correspondiente).

El tipo de tratamiento se analizó por separado,de acuerdo a los medicamentos de primera elección y a los usados con mayor frecuencia en la consulta externa de Medicina Familiar y Ginecología,los cuales fueron:Hormonales orales,inhibidores de la prostaglandil sintetasa,analgesicos y antiespasmódicos y otros (entre estos

polivitaminas y sulfato ferroso).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Medicina Familiar fueron: 6 pacientes --- (8.22%) fueron tratadas con hormonales orales. 12 pacientes (16.44%) con inhibidores de la prostaglandil sintetasa. 54 pacientes (73.98%) con analgesicos y antiespasmódicos. 1 paciente (1.36%) con otros. (Ver cuadro # 10 y grafica correspondiente).

Los resultados de los casos revisados en la consulta externa de Ginecología fueron: 5 pacientes (20%) fueron tratadas con hormonales orales. 17 pacientes (68%) con inhibidores de la prostaglandil sintetasa. 3 pacientes fueron tratadas con ambos farmacos (12%). (Ver cuadro # 11 y grafica correspondiente).

En cuanto al otorgamiento de incapacidad laboral de 34 pacientes trabajadoras que acudieron a consulta de Medicina Familiar solo a 10 pacientes (29.45%) les fue otorgada con un total de 24 dias.

En la consulta externa de Ginecología no se detectó el otorgamiento de incapacidades debido a que se trabaja por medio de citas y la fecha de estas no concuerda con la fecha de menstruación de las pacientes.

En cuanto a estudios solicitados en la consulta externa de Medicina Familiar de 73 pacientes atendidas solo les fueron solicitados estudios a 10 de ellas --- (13.79%), entre ellos: BH, EGO, ECV.

En la consulta externa de Ginecología de 25 pacien-

tes atendidas les fueron solicitados estudios a 19 pacientes(76%)entre ellos:ultrasonografia pelvica,BH,EGO QS,urocultivo y solo en un caso(4%) se llegó a la laparoscopia.

ESTADO CIVIL Y GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA
 CE DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
 H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985.

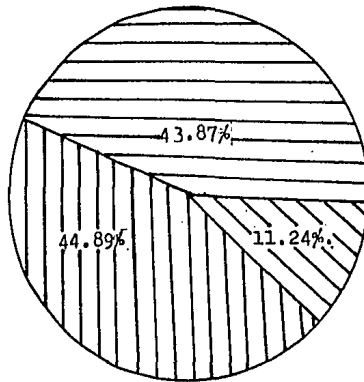
CUADRO # 1

EDO. CIVIL	GRUPOS DE EDAD.				TOTAL . %	
	11 - 44		45 - 64			
	No.	%	No.	%		
1.- Solteras	43	43.87	0		43	43.87
2.- Casadas.	39	39.79	5	5.12	44	44.89
3.- Se Ignora	11	11.22			11	11.24
T O T A L	93	94.88	5	5.12	98	100 %

FUENTE: EXP. CLINICOS

PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DE PACIENTES
CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA
CE DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985
(1° Enero al 31 Dic.).

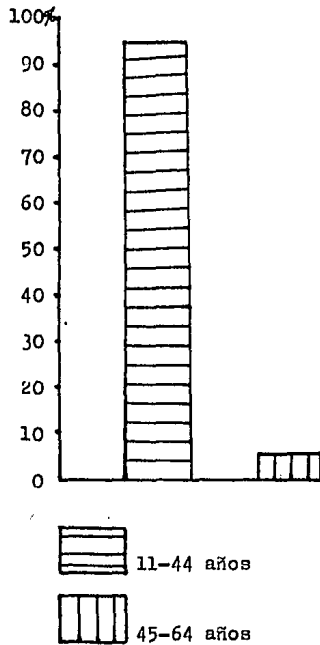
Gráfica # 1



Fuente: EXP. CLINICOS

PORCENTAJE POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES
CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA
CE DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985
(1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 2



Fuente: EXP. CLINICOS.

OCUPACION Y GRADO DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
 DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
 H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985.
 (1º ENERO AL 31 DIC.)

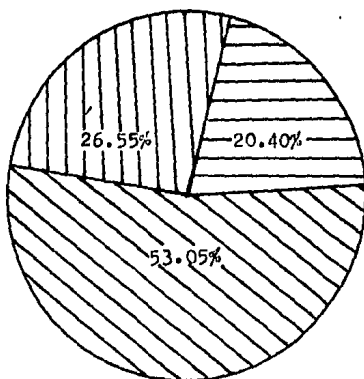
CUADRO # 2

OCUPACION	G R A D O D E E S C O L A R I D A D									
	PRIMARIA		SECUNDARIA-EQ.		PREPARATORIA.		SE IGNORA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESTUDIANTES	2	2.04	9	9.18	1	1.02	8	8.16	20	20.40
LAB. HOGAR	9	9.18	10	10.20	1	1.02	6	6.12	26	26.55
TRABAJADORAS	9	9.18	15	15.30	6	6.12	22	22.44	52	53.05
T O T A L	20	20.40	34	34.68	8	8.16	34	36.72	98	100.00

FUENTE: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE OCUPACION DE PACIENTES
CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985
(1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 3



ESTUDIANTES



LAB. HOGAR.

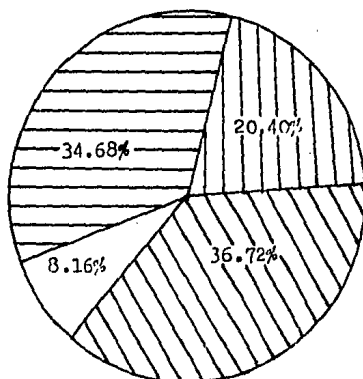


TRABAJADORAS.

Fuente: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES
CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA EN EL
H.G.Z. No. 29 ARAGON EN 1985
(1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 4



Primaria



Preparatoria



Secundaria



Se ignora

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS DE PACIENTES CON
DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. No. 29 ARAGON
EN 1985 (1º ENERO AL 31 DIC.)

CUADRO # 3

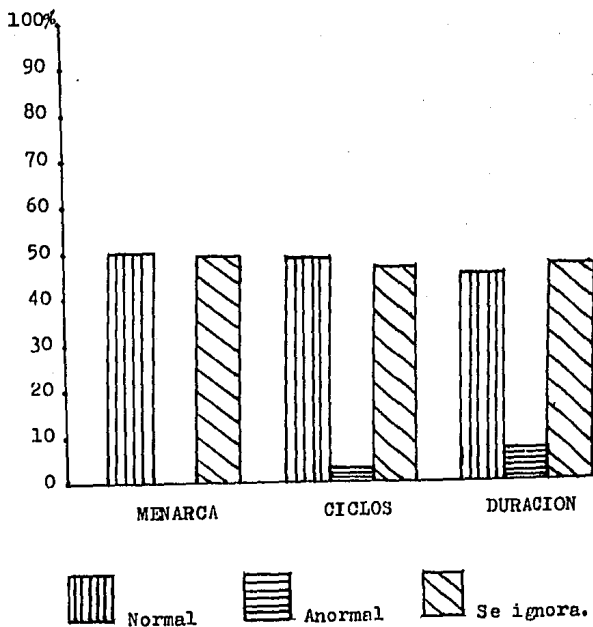
M E N A R C A							C I C L O S (DIAS)						D U R A C I O N (EN DIAS)							
9 - 16		-9 ó +16		Se Ignora			25 a 35		-25 ó +35		Se Ignora		3 - 7		-2 ó +7		Se Ignora			
No.	%	No.	%	No.	%	T	No.	%	No.	%	No.	%	T	No.	%	No.	%	No.	%	T
37	50.58	-	-	36	49.32	73	36	49.33	2	2.73	35	47.94	73	33	45.22	5	6.84	35	47.94	73

73 = 100 %

FUENTE: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE ANTECEDENTES GINECOLOGICOS DE
 PACIENTES CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
 MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. No. 29 ARAGON
 EN 1985 (1° Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 5



Fuente: EXP. CLINICOS.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS DE PACIENTES CON
 DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
 GINECOLOGIA EN EL H.G.Z. No. 29 ARAGON
 EN 1985 (1º ENERO AL 31 DIC.)

CUADRO # 4

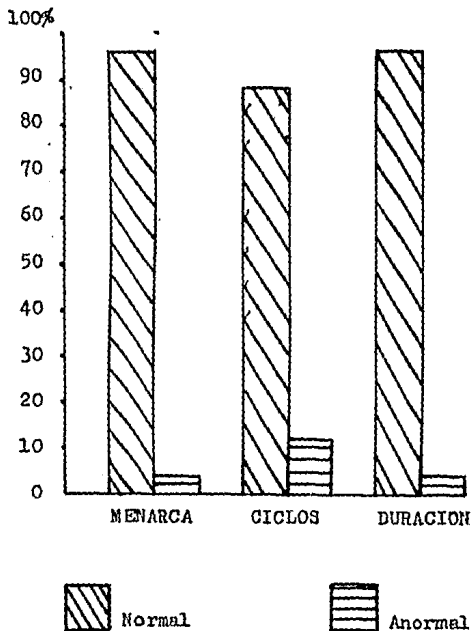
M E N A R C A						C I C L O S (D I A S)								D U R A C I O N (E N D I A S)								
9 - 16		-9 ó +16		Se Ignora		T	25 a 35			-25 ó +35		Se Ignora		T	3 - 7			-2 ó +7		Se Ignora		T
No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
24	96	1	4	-	-	25	22	88	3	12	-	-	25	24	96	1	4	-	-	25		

25 = 100%

FUENTE: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE ANTECEDENTES GINECOLOGICOS DE
PACIENTES CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
GINECOLOGIA EN EL H.G.Z. No. 29 ARAGON
EN 1985 (1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 6



Fuente: EXP. CLINICOS.

ANTECEDENTES DE VIDA SEXUAL DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
 DE MEDICINA FAMILIAR EN EL
 H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1° Enero al 31 Dic.).

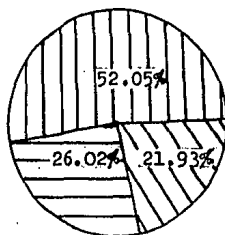
Cuadro # 5

V.S.A.							I.V.S.A. (años)						
SI		NO		Se Ignora			14-19		20-40		Se Ignora		
No.	%	No.	%	No.	%	T	No.	%	No.	%	No.	%	T
38	52.05	19	26.02	16	21.93	73	12	31.57	8	21.07	18	47.36	38

Fuente: EXP. CLINICOS.

**PORCENTAJE DE VIDA SEXUAL DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
 DE MEDICINA FAMILIAR EN EL
 H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1° Enero al 31 Dic.).**

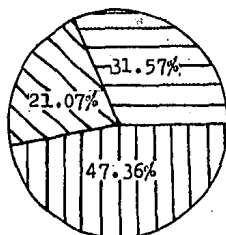
Gráfica # 7

V.S.A.

Si

No

Se ignora

I.V.S.A.

14-19

20-40

Se ignora

Fuente: EXP. CLINICOS.

ANTECEDENTES DE VIDA SEXUAL DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
 DE GINECOLOGIA EN EL
 H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1^o Enero al 31 Dic.).

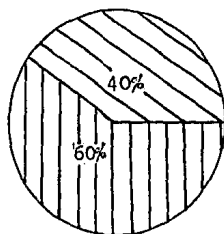
Cuadro # 6

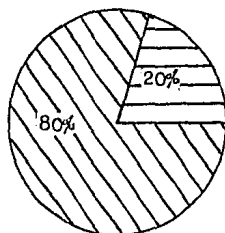

V.S.A.							I.V.S.A. (años)						
SI		NO		Se Ignora			14-19		20-40		Se Ignora		
No.	%	No.	%	No.	%	T	No.	%	No.	%	No.	%	T
10	40	15	60	-	-	25	2	20	8	80	-	-	10


Fuente: EXP. CLINICOS.

**PORCENTAJE DE VIDA SEXUAL DE PACIENTES
 CON DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE
 DE GINECOLOGIA EN EL
 H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1^o Enero al 31 Dic.).**

Gráfica # 8

V.S.A.
 Si

 No
I.V.S.A.
 14-19

 20-40

Fuente: EXP. CLINICOS.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE PACIENTES CON
DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. ARAGON
EN 1985 (1° ENERO al 31 DIC.).

Cuadro # 7

Antecedentes Obstetricos	GRUPO DE EDAD					
	14-44		45-49		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Gesta 0	6	15.78			6	15.78
1	8	21.05			8	21.05
2	9	23.68			9	23.68
3 ó +	9	23.68	4	10.55	13	34.23
Se Ignora	2	5.26			2	5.26

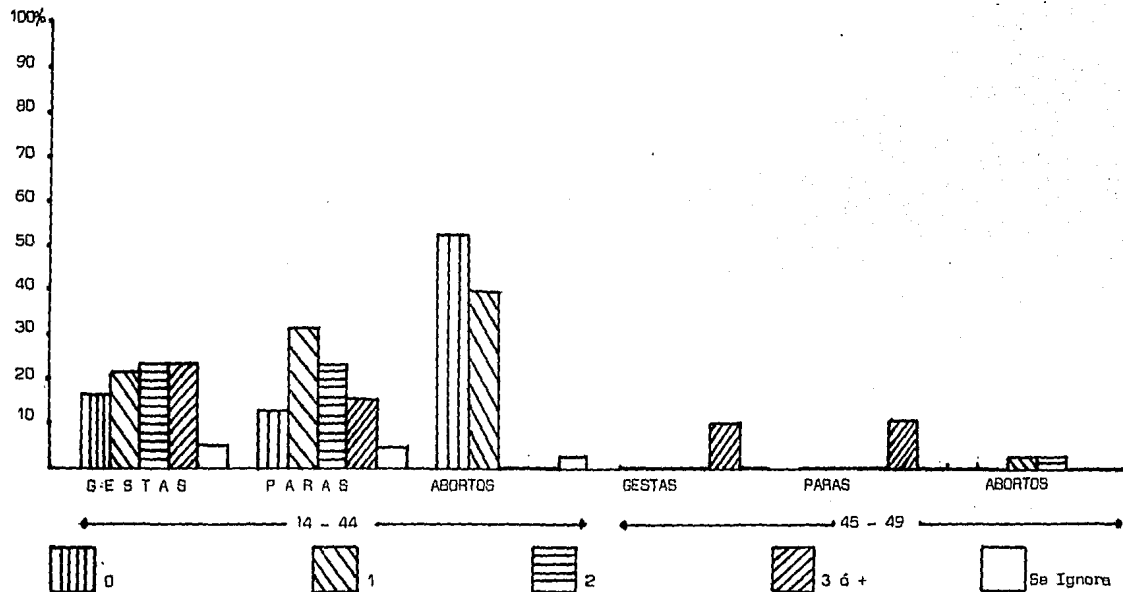
Para 0	5	13.16			5	13.52
1	12	31.57			12	31.57
2	9	23.68			9	23.68
3 ó +	6	15.78	4	10.55	10	26.33
Se Ignora	2	5.26			2	5.26

Abortos 0	20	52.63			20	52.63
1	15	39.47	1	2.63	16	42.1
2			1	2.63	1	2.63
3					-	-
Se Ignora	1	2.63			1	2.63

Fuente: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE PACIENTES CON
 DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
 MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. Nº 29 ARAGON
 EN 1985 (1º ENERO AL 31 DIC.)

GRAFICA # 9



ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE PACIENTES CON
DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
GINECOLOGIA EN EL H.G.Z. ARAGON
EN 1985 (1^o ENERO al 31 DIC.).

Cuadro # 8

Antecedentes Obstetricos	GRUPO DE EDAD.					
	14-44		45-49		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Gesta 0	3	30			3	30
1	3	30			3	30
2	3	30			3	30
3 ó +			1	10	1	10
Se Ignora					-	-

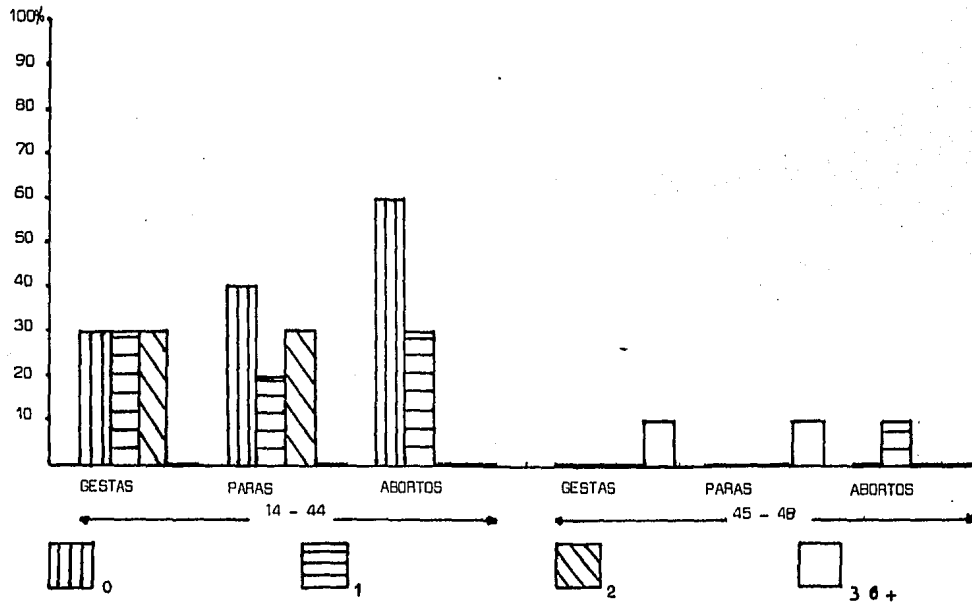
Para 0	4	40			4	40
1	2	20			2	20
2	3	30			3	30
3 ó +			1	10	1	10
Se Ignora					-	-

Abortos 0	6	60			6	60
1	3	30	1	10	4	40
2					-	-
3					-	-
Se Ignora					-	-

Fuente: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE PACIENTES CON
 DISMENORREA ATENDIDAS EN LA CE DE
 GINECOLOGIA EN EL H.G.Z. Nº 29 ARAGON
 EN 1985 (1º ENERO AL 31 DIC.).

GRAFICA # 10



METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
DE PACIENTES CON DISMENORREA ATENDIDAS
EN LA CE DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA
EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
(1° Enero al 31 Dic.).

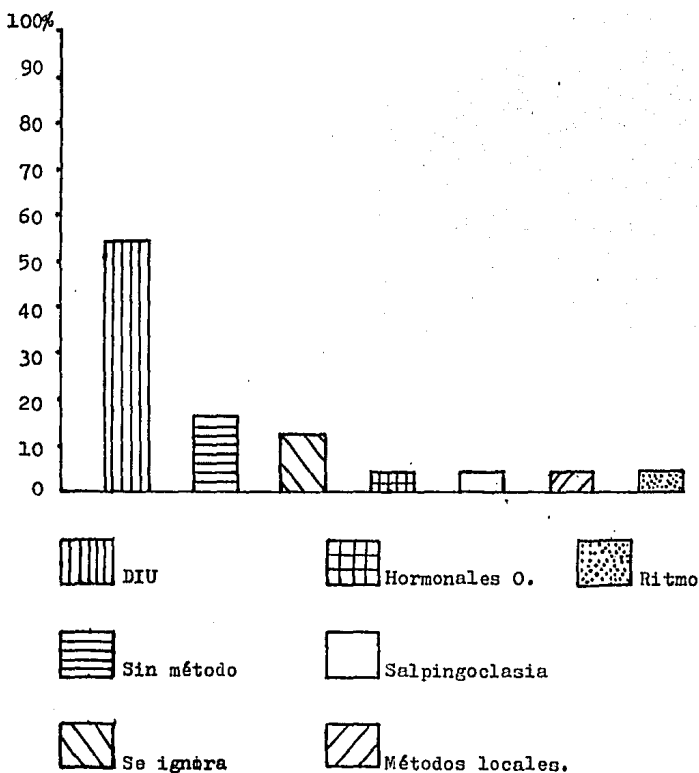
Cuadro # 9

METODOS DE P.P.F.	No.	%
1.-DIU	26	54.16
2.-Hormonales orales	2	4.16
3.-Salpingoclasia	2	4.16
4.-Metodos locales	2	4.16
5.-Ritmo	2	4.16
6.-Sin metodo	8	16.66
7.-Se ignora	6	12.54
Total	48	100.00

Fuente: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
 DE PACIENTES CON DISMENORREA ATENDIDAS
 EN LA CE DE MEDICINA FAMILIAR Y GINECOLOGIA
 EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 11



Fuente: EXP. CLINICOS.

TRATAMIENTO INSTITUIDO A PACIENTES CON
DISMENORREA EN LA CE DE MEDICINA FAMILIAR
EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
(1° ENERO al 31 DIC.).

Cuadro # 10

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
1.-Hormonales orales	6	8.22
2.-Inh. de la Prostaglandil Sint.	12	16.44
3.-Analgesicos y Antiespasmodicos	54	73.98
4.-Otros	1	1.36
Total	73	100.00

Fuente: Exp. revisados.

TRATAMIENTO INSTITUIDO A PACIENTES CON
DISMENORREA EN LA CE DE GINECOLOGIA
EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
(1° ENERO al 31 DIC.).

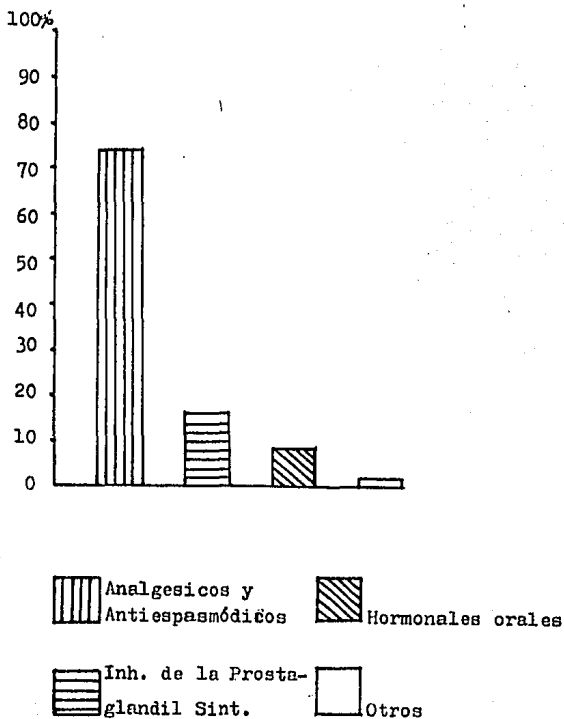
Cuadro # 11

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
1.-Hormonales orales	5	20
2.-Inh. de la Prostaglandil Sint.	17	68
3.-Ambos (1 y 2)	3	12
4.-Otros	-	-
Total	25	100

Fuente: Exp. revisados.

**PORCENTAJE DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO A PACIENTES CON
 DISMENORREA EN LA CE DE MEDICINA FAMILIAR
 EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
 (1^o Enero al 31 Dic.).**

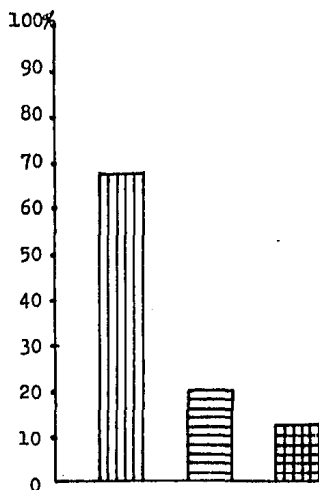
Gráfica # 12



Fuente: EXP. CLINICOS.

PORCENTAJE DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO A PACIENTES
CON DISMENORREA EN LA CE DE GINECOLOGIA
EN EL H.G.Z. # 29 ARAGON EN 1985
(1^o Enero al 31 Dic.).

Gráfica # 13



Inh. de la Prosta-
glandil Sint.



Ambos



Hormonales orales.

Fuente: EXP. CLINICOS.

7.-CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

1.-Como primer punto mencionare que la incidencia de dismenorrea reportada por el departamento de codificación no es muy fidedigna (75 pacientes reportadas en la CE de medicina familiar y 25 en la CE de Ginecología). Estas cifras se modificarían en forma considerable si la codificación fuera adecuada; pero al realizar esta revisión he podido comprobar que al efectuar la codificación engloban en el número de codificación correspondiente a trastornos menstruales todas las alteraciones como pueden ser: hipermenorrea, polimenorrea, retraso menstrual etc; y por supuesto la dismenorrea. En otras ocasiones se encontraron casos de dismenorrea codificados con el número de codificación correspondiente a Amenorrea.

Además si medicina familiar es la que realiza el pase de las pacientes con este padecimiento a segundo nivel ó sea a la CE de Ginecología y se supone que no todas las pacientes vistas en medicina familiar son en-viadas a ese nivel, no es posible que la incidencia en primer nivel haya sido menor (75 pacientes) que la de segundo nivel (92 pacientes); lo que indicaría que fueron enviadas a segundo nivel un gran porcentaje de pacientes vistas por primera vez en la CE de medicina familiar además de subsecuentes, lo que no sucede en la práctica.

2.-El número de expedientes revisados de la CE de Gine

ginecología fue muy bajo en relación a la incidencia reportada, debido a que además de los factores ya mencionados, en muchas ocasiones no se les abre expediente, solo se les brinda la atención y el tratamiento, abriéndoseles solo en caso de persistir con la dismenorrea después de la primera consulta.

3.-Ni el médico familiar ni el ginecólogo le dan la importancia debida a los antecedentes generales como son la edad, la cual en ocasiones se dedujo del dígito inscrito en el expediente; el estado civil ignorándose este en el 11.24% del total de pacientes (98); la escolaridad ignorándose esta en el 11.24% del total de pacientes estudiados.

4.-En cuanto a antecedentes ginecobstétricos en la CE de medicina familiar no son interrogados ó anotados en el expediente ignorándose el inicio de la menarca en un 49.32% del total de los casos revisados (73); el tipo de ciclo se ignora en un 47.94%, ignorándose en el mismo porcentaje la duración de la menstruación en el total de los casos (73). Estos datos junto con la edad son importantes para emitir un Dx presuncional en cuanto si la dismenorrea es primaria o secundaria.

En la CE de ginecología estos datos se investigaron en el 100% de los casos.

La vida sexual de los casos revisados en ambas consultas (98) se ignora en un 16.32%. Así mismo se descarta la creencia popular de que la VSA y el IVSA en edad

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

temprana así como el primer embarazo curan la dismenorrea; ya que el 48.97% del total de casos revisados (98) tenían VSA y de estas (48 casos) el 29.16% la iniciaron en edad temprana; el 37.75% del total de los casos revisados (98) tenía antecedentes gestacionales positivos.

5.- Se corroboró que el uso de DIU como método de planificación familiar es una de las causas más frecuentes de dismenorrea ya que de 48 pacientes con este padecimiento que usaban métodos de control de la fertilidad el 54.16% usaban DIU.

6.- En cuanto al tratamiento se comprobó que en la CE de Ginecología se usan los fármacos de primera elección (inhibidores de la prostaglandil sintetasa y hormonales orales) en el 100% de los casos revisados (25).

En la CE de medicina familiar se usan como tratamiento más frecuente los analgésicos y antiespasmódicos en un 73% del total de los casos revisados (73), fármacos que se usan en la CE de Ginecología como tratamiento complementario a los de primera elección. Los fármacos de primera elección solo se usaron en el 24.66% de los casos revisados (73).

7.- En cuanto al otorgamiento de incapacidad laboral de 34 pacientes trabajadoras que acudieron a consulta de medicina familiar solo a 10 pacientes (29.45%) les fue otorgada con un total de 24 días; con un promedio de 0.70 día por el total de pacientes trabajadoras.

En la CE de Ginecología no se detectó el otorgamiento

to de incapacidades debido a que se trabaja por medio de citas y la fecha de estas no coinciden con la fecha de menstruación de las pacientes.

8.-Como comentario y sugerencias finales, creo que es conveniente programar un curso de actualización dirigido a los medicos familiares con respecto a la dismenorrea.

Realizar una unificación de criterios y adiestramiento adecuado a los codificadores ya que no es posible incluir para codificación lo mismo a la amenorrea que a la dismenorrea ó a esta con la polimenorrea etc.

Se sugiere a los medicos ser mas explicitos en el momento de anotar un diagnostico ya que en este caso por ejemplo trastornos menstruales quiere decir mucho pero no especifica nada, lo que tambien provoca alteraciones a la hora de realizar la codificación.

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

- 1.-Yuseff DM: Dismenorrea. Clínicas Médicas de Norteamérica.
- 2.-Martínez AF: Eficacia y tolerancia del ácido mefenámico en la dismenorrea primaria. Rev. Med. ISSSTE -- Ep. III. Vol.1 Num. 3. 1981
- 3.-Olavi Y: New concepts in dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. Vol 130 No. 7 pags. 833-844. April 1 1978
- 4.-Björn A: An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol. Vol 144 No. 6 pags 655-660. November 15, 1982.
- 5.-Bravo SJ: Trastornos menstruales. A.M.H.G.O. No. 3 --- IMSS. Ginecología y Obstetricia. México DF: Francisco-Mendez Oteo, 1979: 689-698.