

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 CON M.F
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

. T R A B A J O D E I N V E S T I G A C I O N

PRESENTADO POR :

DR. JUSTINO RAUL MARTINEZ RUIZ.
MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES:

DR. RUFINO SANCHEZ POLANCO
GINECO OBSTETRA DEL H.G.Z No.1 OAX.

DR. BRAULIO M. HERNANDEZ HERNANDEZ
MEDICO FAMILIAR DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. No.1 Oax.
No. DE REGISTRO DE INVESTIGACION 85390001-4004

Oaxaca, Oax. Marzo de 1986



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN OAXACA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 CON M.F
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

C O N T E N I D O

- 1.- INTRODUCCION E IMPORTANCIA
- 2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- RESULTADOS
- 5.- DISCUSION
- 6.- BIBLIOGRAFIA

1.- INTRODUCCION E IMPORTANCIA

El problema de prevenir la concepción, vinculado estrechamente al de la regulación planeada de los nacimientos, es un problema que se ha hecho extremadamente agudo para los países amenazados ya hoy por la superpoblación y que, dada la rapidez con que aumenta la población de la Tierra, puede serlo también en un tiempo razonablemente corto, para el resto de los países (1) Según Vensmer (2), la población de la Tierra aumenta cada día unos 130 000 individuos. De acuerdo a ello, la población mundial -según las evaluaciones más recientes de la Oficina para el estudio de los problemas de población en Estados Unidos-, aumentará en el transcurso de la década de los ochentas, unos 570 millones de habitantes. Mientras que en el año de 1700 vivían en la Tierra solo 500 millones de habitantes, en el momento actual la población alcanza los 4500 millones de individuos. Al final del -- presente siglo, es decir, dentro de 14 años, habrá según evaluación prudente, aproximadamente 6500 millones de seres humanos. Al final de esta semblanza y de manera más bien utópica, podemos -- decir que si se prosigue con la misma rapidez de aumento, dentro de 700 años habrá tantos habitantes en nuestro planeta, que habrán de vivir nueve de ellos en cada metro cuadrado de superficie terrestre(2). Por esta razón, la esterilización quirúrgica es un método para el control definitivo de la fertilidad que en los últimos años se ha incrementado de manera notable (3). Hasta el momento actual tiene carácter voluntario y lo justifican razones de orden sociocultural o bien razones médicas, aunque en relación a estas últimas, se han tornado menos frecuentes en virtud de las constantes mejoras en las técnicas terapéuticas (4); actualmente la decisión está dada principalmente por criterios de edad y número de hijos vivos en la familia.

Desde el punto de vista médico, hay entidades que de terminan la necesidad de utilizar un procedimiento definitivo, -- en base a evidencias clínicas entre las cuales destacan por su --

importancia: enfermedades graves o intratables o por lo menos crónicas que al asociarse a la gestación producen un deterioro manifiesto a la madre, ensombrecen su pronóstico, incapacitan a la mujer o bien pueden determinar su muerte. De estos se pueden mencionar por señalar algunos: padecimientos cardiológicos incapacitantes, nefropatías progresivas, trastornos hipertensivos, alteraciones metabólicas graves, etc. Dentro de las indicaciones de origen obstétrico citaremos principalmente: la gran multiparidad con toda la gama de complicaciones que trae consigo, la cesárea repetida con peligro de ruptura uterina, la toxemia gravídica, etc. Entre otras indicaciones, de menor relevancia por su frecuencia de presentación, podemos mencionar a las causas psiquiátricas y a las causas fetales, mismas que están justificadas por un criterio eminentemente eugenésico(5).

Por otra parte, la aparente inocuidad de la intervención en la mayoría de los casos, el bajo costo de la misma, los pocos días de hospitalización, y sobre todo los mínimos riesgos de morbilidad y mortalidad, ha llevado a que cada día aumenten la cantidad de adeptos a la misma, como método de planificación familiar en parejas que han satisfecho el número de hijos deseados, aunado como ya se mencionó, a factores socioeconómicos, así como por tratarse también en amplio sector, de parejas jóvenes con varios años de vida reproductiva por delante; sin embargo, y a pesar de su creciente frecuencia, no se tienen con precisión el número de cirugías de este tipo que se efectúan en hospitales institucionales o privados. La presencia de este evento, ha traído consigo el reporte de cierta sintomatología descrita por las pacientes sometidas a este tipo de intervención, lo que ha traído como consecuencia una serie de polémicas acerca de su posible papel en el recientemente descrito - síndrome post ligadura tubaria - (6) Lo anterior nos lleva a efectuar una revisión extensa de la literatura al respecto, así como al estudio clínico de pacientes que han presentado alteraciones menstruales principalmente, así como a la revisión del uso de las técnicas quirúrgicas más utilizadas,

para determinar la necesidad que se tiene de continuar el control clínico de estas pacientes por mayores espacios de tiempo, buscando intencionadamente cambios o secuelas por salpingoclásia, incluyendo algunas variables psicosociales, cambios en el perfil de la personalidad y las posibles consecuencias psicológicas y familiares que pudieran traer consigo este método, con toda su gama de técnicas y variables (7) .

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El síndrome post ligadura tubaria ha sido descrito con trastornos como: aumento en la pérdida sanguínea menstrual, dismenorrea, dolor pélvico, oligomenorrea y polimenorrea, asociados al antecedente o como secuela de procedimientos de esterilización quirúrgica (6). Desde los primeros informes el síndrome pareció tener mas características subjetivas, que trastornos evaluables en forma objetiva (8).

Los hallagos encontrados en un estudio reciente efectuados por Bhiwandiwalla y col.(9), en el que se investigaron posibles cambios en el patrón menstrual en una muestra de 1025 casos, y en forma comparativa entre dos técnicas diferentes (electrocoagulación monopolar y aplicación de anillo de silastic), sugieren que la esterilización no produce cambios fisiológicos importantes en el comportamiento de dicho patrón menstrual. Los datos de los 1025 casos fueron recolectados en forma prospectiva, de 5 instituciones de 5 países diferentes. Los cambios en el patrón menstrual fueron determinados por comparación de datos en el patrón menstrual a su admisión al hospital y en visitas subsecuentes.

En la recopilación de antecedentes efectuada por Alvarez M (10), se mencionan otros hallagos efectuados por otros grupos de investigación, y así, encontramos descrito por Uribe y col que el dolor abdominal se presenta con mayor frecuencia en las técnicas con elementos oclusivos mecánicos, como el anillo de silastic y la explicación a este hecho puede estar dada, por isquemia y sobrepresión en las terminaciones nerviosas que no han sido lesionadas, lo cual al parecer no sucede con la técnica de electrocoagulación o abordaje quirúrgico. Alderman (11) informó que solo el 6.5 % de la muestra presentó aumento en la pérdida sanguínea menstrual posterior a la esterilización. Los grupos de Berger (12) y Radwanska (13) efectuaron estudios similares con el objeto de determinar el nivel de progesterona sérica en la fase media lútea, en mujeres esterilizadas por cauterización o corte de oviductos y en apariencia con actuales ciclos menstruales normales.

En ambos grupos se encontró que estas mujeres tenían un valor medio de progesterona -en esta fase- significativamente mayor que un grupo testigo. El grupo de Donnez en Bélgica, también evaluó la función luteínica en mujeres esterilizadas por cauterización y en mujeres en las que se aplicó clip de Hulka, todas en grupo de edad similar y con grupos de control comparativo. Efectuaron cuantificación de progesterona sérica y biópsias de endometrio en los días 5 al 10 previos al siguiente periodo menstrual. Encontraron valores más bajos de progesterona sérica en la fase media luteínica en pacientes esterilizadas mediante cauterización, que en aquellas mediante clip de Hulka o en el grupo testigo. De manera similar, se observaron diversas alteraciones endometriales en el grupo sometido a electrofulguración(14). Chamberlain (15), relacionó los síntomas con el uso previo de anticonceptivos, en un esfuerzo por ampliar la difusión de los síntomas, en porcentajes que varían de los 2.6 al 51 % de pacientes afectadas. Las controversias en relación al síndrome como puede verse, son manifiestas y así lo demuestra el estudio de Rioux (16) quien en su revisión puntualiza la dificultad para estimar en forma adecuada la pérdida sanguínea o los síntomas en forma objetiva así como también el diseño de un protocolo aceptable. Como puede verse, la etiología y fisiología del síndrome post ligadura tubaria permanecen en el presente, aun desconocidas lo que es motivo suficiente para continuar estudios al respecto, aun cuando se han postulado como causa del mismo, a las alteraciones en la inervación de oviductos y ovarios, así como aporte sanguíneo inadecuado a los ovarios.

Por otra parte, la mujer que es sometida a esterilización, manifiesta ocasionalmente cambios en la personalidad (17), a pesar de que su decisión haya sido voluntaria, si el medio social le es hostil, sus recursos intelectuales son limitados o recibe información distorsionada. Quizá esto también tenga participación en el denominado síndrome. Todo lo anterior puede llevarse también a tela de juicio, si se efectúan estudios comparativos en grupos de pacientes sometidos a otros tipos de cirugía pélvica y ginecológica, como la histerectomía.

3.- MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se llevó a cabo en base al método estadístico, y hemos considerado los casos que fueron estudiados -- por nosotros, en el periodo que inicia el 15 de Junio de 1985 y -- termina el 15 de Febrero de 1986, en un tiempo total de 6 meses. Se tomó una muestra de 30 pacientes (35.71 %) de un total de 84 con antecedente de esterilización quirúrgica, mismas que representan el 14.55 % de las 577 mujeres en edad fértil adscritas al consultorio.No.12 del servicio de consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Oaxaca. Como instrumentos de investigación se utilizaron: un cuestionario dirigido y recopilado por medio de interrogatorio directo, la exploración física de la paciente y la investigación indirecta de la esfera psicológica y dinámica familiar de las pacientes, tanto en el periodo preoperatorio como en el post operatorio tardío. La selección de la muestra se hizo en base a criterios de inclusión, exclusión y no inclusión bien definidos, lograndose un 62.5% de las 48 pacientes candidatas a estudio, dentro del protocolo. Se elaboró la pirámide poblacional por quinquenios de los derecho habientes adscritos al consultorio, -- (Cuadro No.1) para determinar el total de mujeres en edad fértil, y su porcentaje correspondiente de pacientes esterilizadas quirúrgicamente. Los parámetros investigados en forma general fueron -- los siguientes : escolaridad, edad, tipo de intervención quirúrgica, momento en que se procedió a efectuar la intervención(post parto, post legrado o intervalo), anestesia empleada, religión , estado civil, asentamiento humano (urbano, sub urbano y rural), años de unión con su pareja conyugal, paridad, ocupación, motivos de consulta y fuente de sugerencia para la intervención. En relación a los trastornos menstruales, se formaron 4 grupos básicos , tomando en cuenta el antecedente del tipo de método temporal utilizado previo a la cirugía (Dispositivo intrauterino, Hormonales orales, Hormonales inyectables, Métodos locales, abstinencia y -- ritmo).

C U A D R O N o. 1

PIRAMIDE DE POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No.12
DE MEDICINA FAMILIAR , DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No.1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. OAXACA.

HOMBRES		MUJERES
2	85 y más	1
4	80 a 84	10
6	75 a 79	5
16	70 a 74	6
10	65 a 69	19
23	60 a 64	30
26	55 a 59	32
48	50 a 54	47
46	45 a 49	45
44	40 a 44	53
64	35 a 39	60
69	30 a 34	100
94	25 a 29	131
100	20 a 24	109
59	15 a 19	79
94	10 a 14	114
146	5 a 9	128
199	1 a 4	140
28	menos 1 año	29
1078	SUBTOTAL	1138

Del comportamiento específico de los patrones menstruales se investigaron los siguientes parámetros: intervalos de presentación entre un ciclo y otro, tiempo de duración del sangrado catamenial, - cantidad del sangrado catamenial, regularidad o irregularidad del ciclo, dismenorrea, dispareúnia, sangrados intermenstruales, datos de congestión pélvica, y trastornos premenopaúsicos. En relación a la esfera psicológica se investigaron los siguientes puntos: mejora o desmejoría en las relaciones sexuales, temores (dolor, falla del método, cáncer, trastornos orgánicos, etc.), trastornos psicológicos como irritabilidad y neurósis, conformidad o inconformidad post cirugía etc. De la dinámica familiar se tomaron en cuenta los siguientes puntos: tipo de familia, fase de la familia, comunicación interfamiliar en los diferentes sub-sistemas, organización familiar, solvencia económica, número de hijos vivos, alteraciones - específicas de la dinámica familiar posterior a la cirugía y de -- causa atribuible a la misma.

A todas las pacientes seleccionadas se les había practicado oclusión tubaria en un periodo no mayor a los 36 meses previos a la iniciación del estudio.

4.- RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se muestran por tablas. La distribución básica en 4 grupos por antecedente de método temporal utilizado previo a la cirugía dió los siguientes resultados: 11 pacientes utilizaban D.I.U; 10 pacientes practicaban abstinencia, ritmo, retirada y locales; 3 pacientes se controlaban con hormonales inyectables y 6 mas con hormonales orales. (Fig. No.1).

En relación a los datos generales de las pacientes, se observó que la edad de las mismas fluctuaba entre los 20 y 38 años de edad, con un promedio de 29.56 años (Cuadro No.2). La escolaridad presentó una variación de cero a 18 años de preparación desde el analfabetismo, hasta profesional completo, con índice de predominancia en los primeros 6 años de educación escolar. (Cuadro No.3).

En nuestro medio, las técnicas de esterilización mas empleadas son : Pomeroy clásica (14 pacientes), Fimbriectomia con técnica de Kroener (10 pacientes), y en menor escala la Pomeroy - Modificada (3 pacientes), Ushida (1 paciente) y no fué posible de terminarlo en 2 de ellas por defectos de consignación en sus respectivos expedientes. (Cuadro No.4). Del tipo de anestesia empleado, se obtuvieron los siguientes resultados : bloqueo peridural 18 pacientes, anestesia general 10 pacientes y anestesia local 2 pacientes (Cuadro No. 5).

El estado civil de las pacientes se consignó de la siguiente manera: 28 casadas (Al parecer todas en boda civil y religiosa), 1 soltera y una mas en unión libre. (Cuadro No.6). La edad al matrimonio estuvo comprendida entre los 14 y 29 años de edad, con un promedio 19.23 años y el promedio de años de unión conyugal fué de 4 a 20 años , con un promedio de convivencia de 10.3 años. (Cuadro No.7). El hábitat actual en relación al medio se distribuyó de la siguiente manera: hábitat urbano 19 pacientes, hábitat rural 7 pacientes y hábitat sub urbano 4 pacientes.

EDAD DE LAS PACIENTES

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
15 a 19	0	0.00%
20 a 24	4	13.33%
25 a 29	11	36.66%
30 a 34	10	33.33%
35 a 40	5	16.66%
40 a 45	0	0.00%
TOTAL	30	100.00%

CUADRO No.2

ESCOLARIDAD

GRADO	CASOS	PORCENTAJE
Analfabeta	1	3.33%
Primaria Incompleta	10	33.33%
Primaria Completa	4	13.33%
Secundaria Incompleta	4	13.33%
Secundaria Completa	1	3.33%
Curso comercial	6	20.00%
Bachillerato Completo	2	6.66%
Profesional Incompleto	1	3.33%
Profesional Completo	1	3.33%
TOTAL	30	100.00%

CUADRO No.3

TIPO DE INTERVENCION

TECNICA QUIRURGICA	CASOS	PORCENTAJE
Pomeroy	14	46.66%
Fimbriectomia-Kroener	10	33.33%
Pomeroy Modificada	3	10.00%
Ushida	1	3.33%
No determinada	2	6.66%
TOTAL	30	100.00%

CUADRO No.4

ANESTESIA EMPLEADA

TECNICA	CASOS	PORCENTAJE
Bloqueo Peridural	18	60.00%
Anestesia General	10	33.33%
Local	2	6.66%
TOTAL	30	100.00%

CUADRO No.5

ESTADO CIVIL

TIPO DE UNION	CASOS	PORCENTAJE
Casadas	28	93.33%
Solteras	1	3.33%
Unión Libre	1	3.33%
TOTAL	30	100.00%

CUADRO No.6

ANTECEDENTES CONYUGALES

GRUPOS DE EDAD	EDAD AL MATRIMONIO	PORCENTAJE	AÑOS DE CONVIVENCIA	PORCENTAJE
1 a 4 años	-	-	1	3.33%
5 a 9 años	-	-	14	46.66%
10 a 14 años	1	3.33%	10	33.33%
15 a 19 años	17	56.56%	4	13.33%
20 a 24 años	8	26.66%	1	3.33%
25 a 29 años	4	13.33%	0	0.00%
TOTALES	30	100.00%	30	100.00%

CUADRO No.7

GESTACIONES

GESTACIONES	CASOS	PORCENTAJE
1	0	0.00%
2	1	3.33%
3	12	40.00%
4	4	13.33%
5	9	30.00%
6	2	6.66%
7	1	3.33%
8	1	3.33%
TOTALES	30	100.00%

CUADRO No.8

OCUPACION

TIPO DE EMPLEO	CASOS	PORCENTAJE
Labores del Hogar	24	80.00%
Secretarias	4	13.33%
Empleada	1	3.33%
Agente de ventas	1	3.33%
TOTALES	30	100.00%

CUADRO No.9

MOTIVOS PARA LA INTERVENCION

CAUSAS	CASOS	PORCENTAJE
Paridad satisfecha	18	60.00%
Indicación médica	7	23.33%
Problemas económicos	3	10.00%
Problemas con met. temp.	2	6.66%
TOTALES	30	100.00%

CUADRO No.10

FUENTE DE INFORMACION O SUGERENCIA

	CASOS	PORCENTAJE
Médico familiar	19	63.33%
Gineco obstetra	3	10.00%
Esponáneo	3	10.00%
Asistente de Consultorio	2	6.66%
Cirujano general	1	3.33%
Medios masivos de comunic.	1	3.33%
Otros pacientes	1	3.33%
TOTALES	30	100.00%

CUADRO No.11

El número de embarazos fué en promedio 4.2 ± 2 a 8 (Cuadro No.8). Respecto a la ocupación de las pacientes, la distribución reportó los siguientes resultados: 24 amas de casa, 4 secretarias, una empleada de mostrador y una agente de ventas -- (Cuadro No.9).

De los motivos que llevaron a la esterilización, se obtuvieron los siguientes resultados: Por paridad satisfecha incluyendo la decisión de la pareja, 18 pacientes; por indicación médica 7 pacientes (6 por cesárea iterativa y una por padeci--- miento orgánico incapacitante), 3 pacientes con problemas económicos pero con deseo de procreación, 2 pacientes con problemas de importancia con el uso de métodos temporales.(Cuadro No.10) .

De la fuente informativa o sugerente para la esterilización: 19 pacientes fueron informadas por el médico familiar, 3 pacientes programadas por gineco obstetra, una paciente por in dicación de cirujano general, y el resto por otras fuentes no mé dicas.- 2 pacientes por asistente de consultorio, 3 se presentaron en forma espontanea, medios masivos de comunicación y otras pacientes influyeron en 2 pacientes mas. (Cuadro No.11)

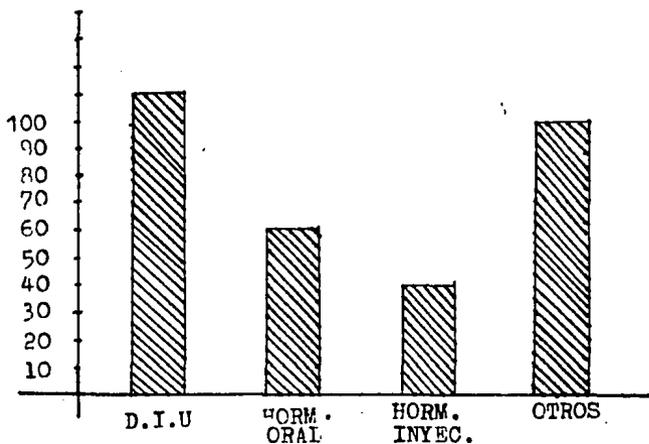


FIGURA No.1

Para la investigación del comportamiento de los patrones menstruales se utilizaron 9 parámetros, basados en la clasificación de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. En relación a los trastornos de la frecuencia, se encontraron los siguientes resultados: En el grupo de D.I.U, 7 pacientes (63.63%) permanecieron sin cambios, 2 pacientes (18.18%) presentaron proio menorrea, 1 paciente (9.09%) presentó opsomenorrea y una mas (--- (9.09%), proio-opsomenorrea alternada. Dentro del grupo de hormonales orales, 5 pacientes (83.33%) permanecieron sin cambios, y 1 paciente (17.66%) presentó proio-opsomenorrea alternada. En el -- grupo de inyectables, 2 pacientes (66.66%) presentaron proiomenorrea, y una paciente (33.33%) refirió opsomenorrea. En el último grupo, dentro del cual incluimos a las usuarias de métodos locales abstinencia, barrera, retirada etc, y se obtuvieron los siguientes resultados: 3 pacientes (30.00%) permanecieron sin cambios, 2 pacientes (20.00%) presentaron proiomenorrea, y 5 pacientes (50.0%) refirieron proiomenorrea alternada con periodos de opsomenorrea. (Fig. No. 2)

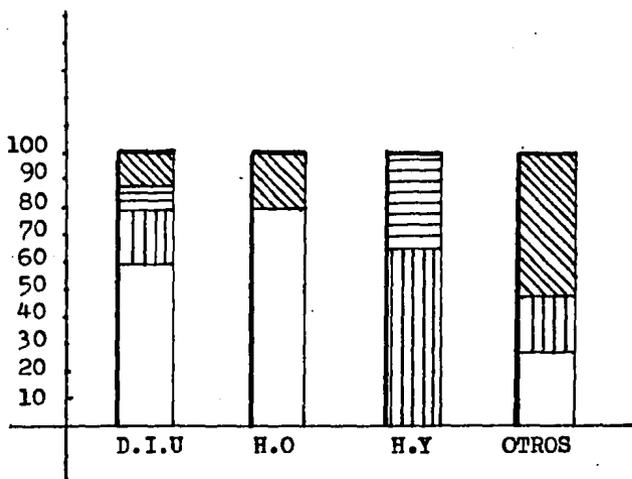


FIGURA No.2



Con respecto a los trastornos de la duración, se obtuvieron los siguientes resultados.- En el grupo D.I.U, 7 pacientes (63.63%) permanecieron sin cambios y 4 pacientes (36.36%) presentaron polimenorrea. En el grupo de hormonales orales, 3 pacientes (50.00%) permanecieron sin cambios, 1 paciente (16.66%) presentó polimenorrea, 1 paciente (16.66%) oligomenorrea y una mas (16.6%) poli-oligomenorrea en forma alternada. Del grupo de hormonales --inyectables, 2 pacientes (66.66%) permanecieron sin cambios y una paciente (33.33%) presentó oligomenorrea. En el último grupo, 5 -pacientes (50.00%) permanecieron sin cambios, 2 pacientes (20.0%) presentaron oligomenorrea y una paciente (10.00%) refirieron poli oligomenorrea en forma alternada. (Fig. No. 3)

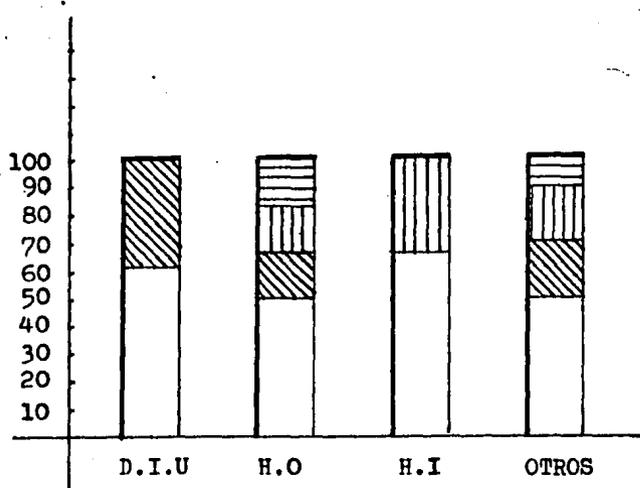


FIGURA No.3



S/C



POLI



OLIGO



ALT.

De los trastornos de la cantidad se obtuvieron los siguientes resultados.- En el grupo de D.I.U, 7 pacientes (63.63%), permanecieron sin cambios y 4 pacientes (36.36%) presentaron hipermenorrea. En el grupo de hormonales orales, 2 pacientes (33.3%) permanecieron sin cambios, 3 pacientes (50.00%) presentaron hipermenorrea y una paciente (16.66%) presentó hipomenorrea. Del grupo de hormonales inyectables, 2 pacientes (66.66%) permanecieron sin cambios y una paciente (33.33%) presentó hipomenorrea. Del último grupo 5 pacientes (50.00%) permanecieron sin cambios y 5 pacientes (50.00%) presentaron hipermenorrea. (Fig. No.4).

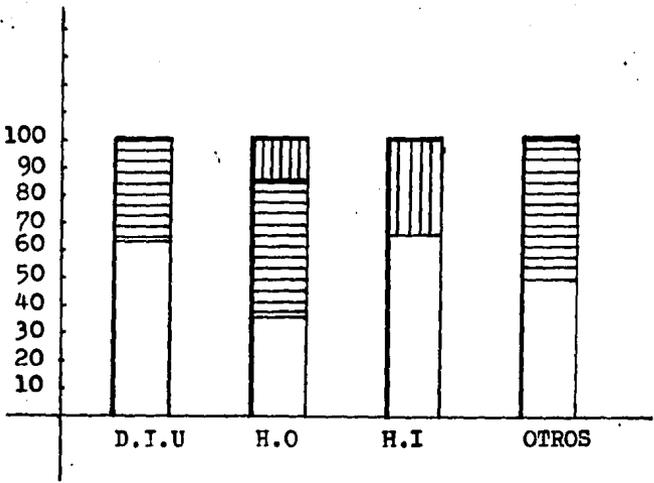


FIGURA No.4



En los trastornos del ritmo de eliminación (Regularidad o irregularidad), incluyendo sangrados intermenstruales, se obtuvieron los siguientes resultados.- En el grupo de D.I.U, 7 pacientes (63.63 %) no presentaron cambios, una paciente (9.09%) presentó sangrados intermenstruales y 3 pacientes (27.27%) presentaron menstruación interrumpida. Del grupo 2 de hormonales orales, una paciente (16.66%) presentó menstruación interrumpida y el resto (83.33%) no mostró cambios, incluyendo sangrados intermenstruales. En el grupo de hormonales inyectables, solo una paciente (33.3%) presentó sangrado intermenstrual, y el resto (66.66%), permaneció sin cambios. En el último grupo, que fué el mas significativo en este aspecto, 6 pacientes (60%) presentaron sangrados intermenstruales, y solo una paciente (10%) reportó menstruación interrumpida. (Fig,NO. 5).

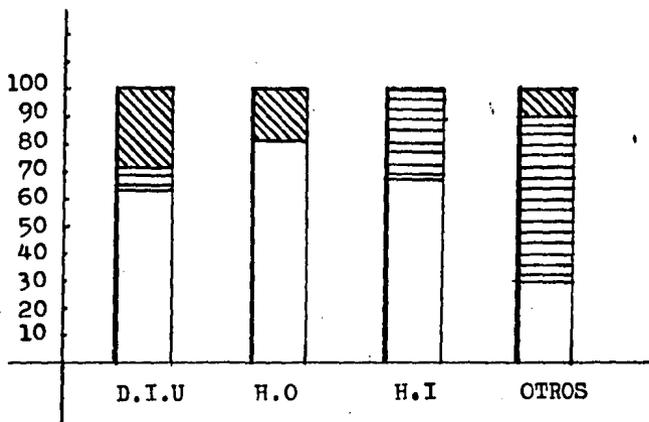


FIGURA No.5



S/C



S.I



M.I

De los datos obtenidos en relación a dismenorrea, se obtuvieron los siguientes resultados.- En el grupo de D.I.U, 5 pacientes (45.45%), no presentaron cambios, 4 pacientes(36.36%) presentaron dismenorrea en forma regular,y 2 pacientes (18.18%) en forma irregular. Del grupo de hormonales orales.- 4 pacientes (66.66%) no presentaron cambios,2 pacientes (33.33%) presentaron dismenorrea en forma regular. En el grupo de hormonales inyectables, 2 pacientes (66.66%) no presentaron cambios, y una paciente (33.3%) presentó dismenorrea en forma regular. En el último grupo, 5 pacientes (50%) presentaron dismenorrea en forma regular, 2 pacientes (20%) en forma irregular, y 3 pacientes (30%) permanecieron sin cambios (Fig. No. 6).

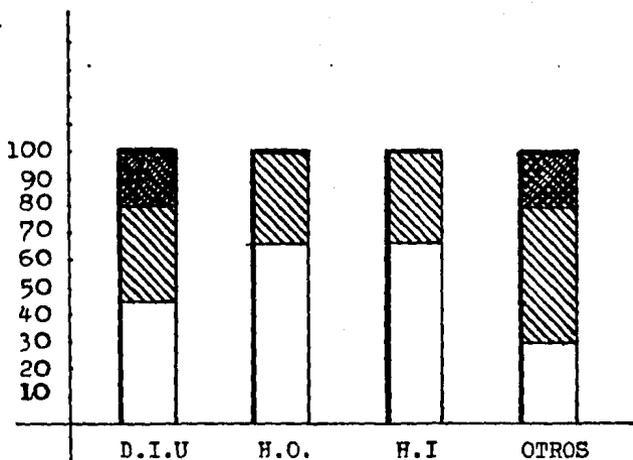


FIGURA No.6



Con referencia a la sintomatología por congestión pelvica, se recabaron los siguientes resultados.- En el grupo de --- D.I.U, 7 pacientes (63.63%) se reportan asintomáticas, y el resto (36.36%) si la refieren. En el grupo de hormonales orales no se reportan casos de congestión pelvica (0.00%). En el grupo de hormonales inyectables, 2 pacientes se reportan asintomáticas y una - paciente (33.33%) si la refiere. El último grupo reporta a 3 pa- cientes con sintomatología (30.00%) y el resto, asintomático. --- (Fig. 7). Vale la pena mencionar en este mismo renglón, que los - parámetros dispareunia y síndrome premenopáusico no tuvieron sig- nificancia clínica, ya que solo se reporta un caso de cada uno -- (3.33%) de toda la muestra total y que se detectaron en el grupo métodos de barrera, locales, abstinencia etc.

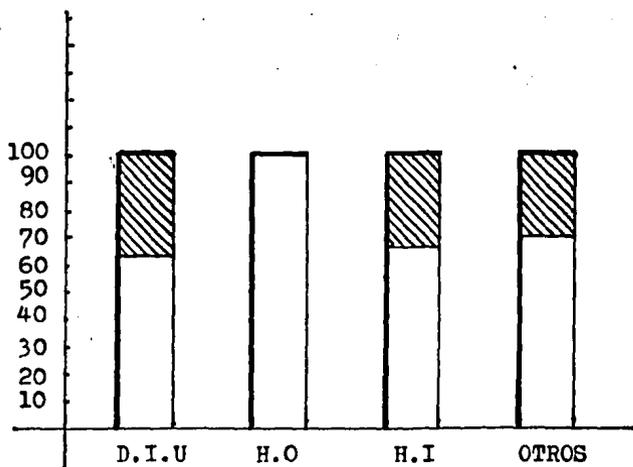
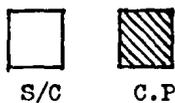


FIGURA No.7



La esfera psicológica se analiza por cuadros y se determinaron los siguientes resultados.- En el grupo de D.I.U (Grupo I) 5 pacientes (45.45%) refieren incremento en su satisfacción sexual, en 3 pacientes (27.27%) no pudo ser determinado, en 2 pacientes (18.18%), no hubo variaciones, y en una paciente (9.09%) hubo disminución en la satisfacción sexual. En el grupo de hormonales orales (Grupo II) el 50% (3 pacientes) mostraron incremento de la satisfacción sexual, en 2 pacientes (33.33%) no pudo ser determinado, y una paciente refirió disminución (16.66%). Del grupo de inyectables (Grupo - III), 2 pacientes refieren incremento de la satisfacción sexual y una paciente disminución de la misma, lo que da un porcentaje de - 66.66% y 33.33% respectivamente. En el último grupo en el que se incluyen las usuarias de métodos de barrera, retirada, abstinencia y locales (Grupo IV), 8 pacientes (80%) refirió incremento de la satisfacción sexual., una paciente (10%) disminución de la misma, y en un paciente (10%) no pudo ser determinado. (Cuadro No 12).

Del parámetro "temor a embarazo", en grupo No.I.- 4 pacientes (36.36%) refieren haberlo abandonado, 6 pacientes (54.54%) aun refieren temor a embarazarse, en una paciente (.09%) no pudo ser determinado. Del grupo II,- 4 pacientes (66.66%) han abandonado el temor al embarazo, y 2 pacientes (33.33%) aun muestran temor a embarazarse. Del grupo III.- 2 pacientes (66.66%) han perdido el temor al embarazo y una paciente (33.33%) aun lo presentan. Del último grupo, 8 pacientes (80%) aun refiere temor al embarazo, y 2 - pacientes (20%) lo ha desechado. (Cuadro No.12).

En relación a trastornos subjetivos y de la personalidad, dentro del grupo No.I, 8 pacientes continuaron sin variaciones (72.72%) y 3 pacientes (27.27%) presentaron alteraciones de la personalidad del tipo de la irritabilidad, el insomnio y cefalea tensional. En el grupo II, el 50% continuó sin variaciones y el restante 50% refirió trastornos del tipo de la irritabilidad, y el insomnio. El grupo III no refirió alteraciones (0.00%). Por último, el grupo No. IV, mostró que el 80% (8 pacientes) continuaron sin variaciones del talante emocional y 2 pacientes (20%) refirieron --- alteraciones del tipo del miedo (a las consecuencias de la cirugía). (Cuadro No.12).

	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV
SATISF. SEXUAL.	45.4% Aum. 27.7% N.D. 18.1% S.V. 9.0% Dis.	50.0% Aum. 33.3% N.D. 16.6% Dis.	66.6% Aum. 33.3% Dis.	80.0% Aum. 10.0% N.D. 10.0% Dis.
TEMOR A EMBARAZO	36.6% Sup. 54.5% Pers 9.0% N.D.	66.6% Sup. 33.3% Pers	66.6% Sup. 33.3% Pers	80.0% Pers 20.0% Sup.
TRASTORNOS SUBJETIVOS Y PERSONAL.	72.7% S.V 33.3% Alt.	50.0% S.V 50.0% Alt.	100.0% S.V	80.0% S.V 20.0% Alt.
CONFORM. POST CIR.	81.8% Conf. 18.2% Inc.	83.4% Conf 16.6% Inc.	100.0% Conf.	90.0% Conf. 10.0% Inc.

CUADRO No.12

NOTA.- S.V=Sin variaciones. N.D= No determinado.

TECNICA UTILIZADA

TECNICA	CASOS	FORCENTAJE
GRUPO I		
Pomeroy	8	72.72%
Ushida	1	9.09%
Fimbriectomia F.Kroener	1	9.09%
No determinada	1	9.09%
GRUPO II		
Pomeroy	2	33.33%
Fimbriectomia-Kroener	2	33.33%
Pomeroy Modificada	1	16.66%
No determinada	1	16.66%
GRUPO III		
Fimbriectomia-Kroener	2	66.66%
No determinada	1	33.33%
GRUPO IV		
Fimbriectomia-Kroener	5	50.00%
Pomeroy	4	40.00%
No determinada	1	10.00%

CUADRO No.13

En relación al estado de conformidad post quirúrgica, en el grupo No.I 2 pacientes (18.18%), del grupo No.II, una paciente (16.66%) y del grupo IV una paciente (10%), mostraron inconformidad posterior a la cirugía y se presentaron diferentes motivos como deseo de mayor procreación, cirugía indicada medicamente etc.(Cuadro No. 12).

En relación al tipo de técnica utilizada, en el grupo No.I, 8 pacientes (72.72%) fueron esterilizadas con técnica Pomeroy, una paciente (9.09%) con técnica Ushida, una paciente (9.09%) por fimbriectomia con técnica de Kroener, y en una paciente (9.09) no fué determinada la técnica. Del grupo II,- 2 pacientes (33.33%) fueron esterilizadas con técnica de Pomeroy, 2 pacientes (33.33%) con fimbriectomia con técnica de Kroener, una paciente (16.66%) - con técnica de Pomeroy modificada y una paciente (16.66%) con técnica no determinada. Del grupo III,- 2 pacientes (66.6%) esterilizadas con técnica de fimbriectomia por el método de Kroener, y -- una (33.3%) con técnica no determinada. Del último grupo.- 5 pacientes (50%) fueron esterilizadas con técnica de Kroener, 4 pacientes por técnica de Pomeroy(40%) y una paciente (10%) con técnica no determinada. (Cuadro No.13).

El análisis de la dinámica familiar solo pudo efectuarse en forma parcial por la dificultad de penetración al seno de la familia. Así mismo, la dispersión de datos nos obligó a efectuar la valoración de los resultados en forma global, para dar a la muestra verdadera significancia.

En general, el 100% de la muestra reportó estar en fase de expansión familiar. En cuanto al tipo de familia, el grupo predominante fue el de familia tradicional urbana nuclear representado por 6 pacientes (20.00%). Le siguen en orden de importancia, los grupos: familia moderna urbana nuclear y tradicional rural nuclear con 5 pacientes cada uno (16.66%) respectivamente. La familia moderna urbana nuclear extensa reportó 3 pacientes (10.00%), Los tipos familiares: Tradicional urbana nuclear extensa, Moderna-suburbana nuclear, Tradicional urbana nuclear extensa compuesta, y Tradicional Rural nuclear extensa, con 2 representantes cada una nos dan un porcentaje de 6.66% respectivamente. Por último, los tipos Tradicional sub urbana nuclear, tradicional urbana nuclear extensa, tradicional sub urbana nuclear extensa y tradicional sub urbana nuclear extensa, representan el 3.33% de la muestra para cada una, con una paciente en cada grupo respectivamente. (Cuadro No.14)

En relación al rol de esposa que cada paciente desempeña, se obtuvieron los siguientes resultados: Esposa-madre 22 pacientes (73.33%), Esposa-colaboradora 7 pacientes (23.33%) y Esposa-compañera 1 paciente (3.33%). De la organización familiar posterior a la cirugía, solo 2 pacientes la refieren por dificultades con sus respectivas suegras, quienes no estuvieron jamás de acuerdo con la esterilización.

En la comunicación familiar, solo una paciente refiere trastornos en este sentido y consecutivos a la sensación subjetiva de disminución de la libido, que condiciona conflicto en el subtema conyugal por incomprensión del esposo. (Cuadro No.14)

DINAMICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	CASOS	PORCENTAJE
Tradicional Urbana Nuclear	6	20.00%
Moderna Urbana Nuclear	5	16.66%
Tradicional Rural Nuclear	5	16.66%
Moderna Urbana Nuclear extensa	3	10.00%
Tradicional Urbana Nuclear extensa	2	6.66%
Moderna Sub urbana Nuclear	2	6.66%
Tradicional Urbana Nuclear ext.comp.	2	6.66%
Tradicional Rural Nuclear extensa	2	6.66%
Tradicional Sub urbana Nuclear	1	3.33%
Tradicional Urbana Nuclear ext.S.I	1	3.33%
Tradicional Sub urbana Nuclear ext.	1	3.33%

FASE DE LA FAMILIA	CASOS	PORCENTAJE
Expansión	30	100.00%
Dispersión,retiro o muerte	0	0.00%

ROLL DE LA ESPOSA	CASOS	PORCENTAJE
Esposa-Madre	22	73.33%
Esposa-Colaboradora	7	23.33%
Esposa-Compañera	1	3.33%

ORGANIZACION FAMILIAR POST SALPINGOCLASIA	CASOS	PORCENTAJE
Adecuada	28	93.33%
Inadecuada	2	6.66%

COMUNICACION FAMILIAR	CASOS	PORCENTAJE
Adecuada	29	96.66%
Inadecuada	1	3.33%

CUADRO No.14

5.- DISCUSION

Como marco de referencia es conveniente revisar, aunque sea en forma somera, la evolución que ha tenido la conceptualización del síndrome en estudio, tanto a nivel local como en --- otras partes del mundo.

En tanto que algunos autores mencionan que los problemas ginecológicos encontrados a largo plazo son muy escasos y en general relacionados a inflamación pélvica, no tienen relación causal directa con la operación. Otros autores, en cambio, con auxilio de técnicas de radioinmunoensayo, demostraron alteraciones en la determinación promedio de progesterona sérica, encontrándose cifras más bajas, que pudieran ser debidas a alguna alteración en la función ovárica o del cuerpo lúteo después de la cirugía y que pudieran manifestarse clínicamente por alteraciones del patrón menstrual.

En nuestro caso, tomando en cuenta los resultados obtenidos, consideramos que no es posible definir una conclusión exacta en base a las hipótesis planteadas; dado que la técnica de Pomeroy para la esterilización quirúrgica, principalmente en el postparto -como se evidenció en el presente estudio- tiene una gran popularidad y que en muchos casos se les permite a médicos jóvenes - en formación, su ejecución, dando como resultado cirugías técnicamente deficientes y con resección de tejido más amplia de lo necesario, hemostasia que requiere de gran material de sutura en muchos de los casos con mayor tensión de la necesaria, lo que puede dar como resultado afección del aporte sanguíneo o alteración en la inervación ovárica. Vale la pena sin embargo, mencionar que en nuestra investigación el grupo más afectado (56.66%) fue aquel con antecedente de esterilización quirúrgica con técnica Kroener-fibriectomía y curiosamente también se involucró el grupo con antecedente de métodos locales previos a la cirugía, lo que nos hace pensar la poca o nula relación que pudiese tener este antecedente con la sintomatología del síndrome. En el primer caso, es de todos sabido la gran cantidad de tejido lesionado con esta técnica y este pudiese tener alguna relación directa con las secuelas referidas.

Aunque estadísticamente las muestras analizadas en el presente estudio no son significativamente relevantes en la valoración del síndrome post-ligadura tubaria y, si acaso, pueden ser representativas de las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, dadas las semejanzas en los datos obtenidos en relación a los de trabajos previos, pudieran establecerse con toda la reserva que el caso amerita, algunas conclusiones.

La mayor parte de la información obtenida de las pacientes en control fué subjetiva y de difícil valoración, predominando los trastornos menstruales relacionados a la frecuencia y a la cantidad en una proporción aproximada cercana al 50% para la muestra total, lo que nos hace pensar de un procedimiento quirúrgico con tendencia cada vez a mayor demanda, que es conveniente - valorar en forma mas exhaustiva a los posibles candidatos, haciéndoles saber de manera honesta y con la mejor ética médica cual es el riesgo al que pueden quedar expuestas, aunque por otra parte - es un hecho los beneficios en la salud de la madre y su consiguiente repercusión en la estructura familiar, con la planeación familiar enfocada de esta manera, debiéndose evitar al máximo las presiones familiares y económicas para tomar esta decisión e informarles de la ausencia de expectativas no realistas de la salpingoclasia.

Por otra parte y aunque no está directamente relacionado con el objetivo del presente estudio, vale la pena observar que a partir de que se estableció el programa oficial de planeación familiar en nuestro país, ha habido algunos cambios en las características de las pacientes que acuden para salpingoclasia - en nuestro hospital. La tendencia es que se realice el procedimiento en pacientes mas jóvenes, con menor número de hijos que antaño, con niveles educacionales mas altos y con un poco de mayor actividad fuera del hogar. El promedio de edad ha bajado de 39.66 en 1973 (Datos de la Jefatura de Servicios de Planeación Familiar del I.M.S.S), a 29.56 en 1986 para nuestra muestra. El promedio - en el número de hijos vivos ha disminuido de 6.75 en 1973 a 4.2 - en 1986 para nuestro estudio.

En cuanto a los resultados obtenidos en la esfera psicológica, el consenso general a pesar de toda la sintomatología referida por algunas de las pacientes, es de que aumento en forma notable la sensación de bienestar y en el 60% de los casos hubo mejoría en la relación conyugal con incremento de la satisfacción sexual y desaparición de temores a embarazos no deseados; esta situación repercute en definitiva en mejoría de la dinámica familiar por mejor desenvolvimiento y comunicación entre la pareja conyugal.

El caso contrario se presentó en la mayoría de pacientes cuya indicación para la esterilización fué dada con carácter obligatorio como fué en el caso de pacientes con cesarea iterativa. Es obligado comentar que mientras mas bajo se consignó el nivel intelectual y socioeconómico, mayor cantidad de datos por alteraciones de conducta fueron recolectados, encontrándose en estas pacientes necesidades primarias insatisfechas, recursos intelectuales muy primitivos, principalmente debido a desenvolvimiento en grupos familiares poco estructurados y estables.

Los comentarios en relación a los cambios detectados en la dinámica familiar aunque no fueron concluyentes, por lo menos nos dan un punto de referencia para llevar a la práctica de la investigación, un protocolo mejor definido y específicamente dirigido al analisis del comportamiento familiar bajo esta eventualidad.

Los resultados de la presente investigación y de otras semejantes ya efectuadas, señalan algunos cambios generales preferentemente positivos como resultado de la operación, por lo menos en los dos casos comentados anteriormente; así mismo se observó que la mayoría de las mujeres mostraron una actitud favorable hacia la oclusión tubaria.

Finalmente, de lo anterior podemos desprender que aun cuando se conocen algunos hechos que ocurren en el post operatorio de la salpingoclasia, aun no ha sido posible definir adecuadamente la verdadera fisiopatología del síndrome, así como tampoco, han sido concluyentes los resultados en favor de una u otra conclusión definitiva en relación a las hipótesis planteadas, por lo que el presente estudio queda como antecedente para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Buchholz, R., L. Nocke: Prevención de la concepción. Comp. de Gi necología y Obstetricia. Salvat Editores ., España 1975.
- 2.- G, Venzmer, & Encuesta Mundial de Fecundidad, Inst. Int. de Estadística, Londres , 1980.
- 3.- Cruz., C., A. y Muñoz., F., G.: Control permanente de la fertilidad por métodos quirúrgicos. Ginec. y Obst. de México 45:319 - 1979.
- 4.- Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con módulo Fecundidad Mortalidad. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, I.M.S.S México. Ed. 1981
- 5.- Laros, R.,. Zatuschni, G.I Et al. Puerperal tubal ligation, morbidity, histology and bacteriology. Obstet. Gynecol. 41:397, 1973
- 6.- Luteal Function after tubal sterilization, Obstet Gynecol. Survey. 37-I:39, 1981
- 7.- Ley., E. : Repercusiones Biopsicosociales de mujeres que solicitan oclusión tubaria. del Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Asoc. Mex. de Ginec. y Obst, ed., 1978. Pag. 265.
- 8.- Population Reports. Serie C. Num. 8 ., 1981.
- 9.- Bhiwandiwalla et al., : Menstrual Pattern Changes Following Laparoscopic Sterilization. Network . Published of IFRP. Vol.3 - May 1982 . Pag.3
- 10.- Alvarez ., M.: Secuelas de ligadura tubaria. Ginec. y Obst. de México Vol. 53, No. 334 . Feb. 1985.
- 11.- Alderman, B.: Menstrual Loss after tubal ligation. Lancet. 1975 2; 1039. England.
- 12.- Berger, G.S et al.: Possible ovulatory deficiency after tubal ligati6n . Am. J. Obst. Gynecol. 132:699. 1978
- 13.- Radswanska, E. et al .- Luteal deficiency among women with normal menstrual cycles requesting reversal of tubal esterilization. Obstet Gynecol. 54: 189, 1979.

- 14.- Doonez., y Col. Luteal Function After Tubal Sterilization - Obstet. Gynecol. 1981; 57-65
- 15.- Chamberlain, G. et Al. Long term effects of laparoscopic sterilization on menstruación. South Med. J. 69; 1974
- 16.- Riox, J.,E.: Late complications of female sterilization. J. Reprod. Med. 1977; 19:319.
- 17.- Salinas;L.S.;y col. Recanalización tubárica. Perfil psicosocial de 10 pacientes. Ginec. y Obst. de Mex. 1984, 52:326.