

11243
3
P



**Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Mexicano del Seguro Social**

**SINDROME POSTSALPINGOCLASIA
EN EL HGZ No. 1 CD.
OBREGON, SONORA**

PRESENTA:

DRA. MARIA ELENA RODRIGUEZ MONROY

**Residente de Segundo Año
de Medicina Familiar**

1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1. Resumen	1
2. Antecedentes científicos.....	2
3. Planteamiento del problema	13
4. Materiales y Método	14
5. Resultados y discusión	15
6. Conclusiones	24
7. Cuadros y Gráficas enumerados	27
8. Cuestionario	39
9. Bibliografía	41

pag.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de casos en pacientes a quienes se les realizó salpingoclasia con el fin de determinar tipo de cambios clínicos y psicológicos que aparecen posterior a la Cirugía y su relación con el estado emocional de la paciente. A través de encuesta realizada en - HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora a 300 pacientes.

Se encontraron cambios postsalpingoclasia, los que variaron de presentación de acuerdo al estado civil de la paciente. Las más frecuentes alteraciones fueron las menstruales, continuando las sexuales y psicológicas.

La paciente casada y en unión libre fueron las más afectadas y la soltera fue la que no presentó cambios. Factores tales como escolaridad, ocupación parecen desempeñar cierto papel para la aparición del síndrome.

Existió una clara relación entre el motivo de salpingoclasia y síntomas sexuales y psicológicos posteriores a ella, en cambio esto no se observó en el caso de las pacientes con cambios menstruales.

Antecedentes científicos.

Las elevadas tasas de natalidad en nuestro país, ha obligado a la instauración del Programa de Planificación Familiar, con el fin de lograr - reducir el índice de crecimiento de la población a un 3.2 % en 1976, 2.5 % para 1982 y al 1% para el año 2000. (1). Aunado a las precarias - condiciones económicas en las que México se encuentra, las familias utilizan los servicios que proporciona dicho programa, para así lograr un equilibrio económico.

Si tomamos en cuenta, que la población del IMSS, el 22.3% corresponde a mujeres en edad fértil, podemos deducir la importancia que los beneficios del Programa de Planificación Familiar, aporta para la Nación. (1)

Los métodos de control de la fertilidad actualmente en uso, son elegidos por la pareja, de acuerdo al nivel socioeconómico en que se encuentre. (2). Todos estos métodos, han sido suficientemente estudiados antes de postularse su empleo, sin embargo el uso continuo de ellos, ha llevado a la detección de efectos secundarios anteriormente

te no referidos. Es debido a esto, que poste-
rior a la experiencia adquirida por su uso, un ma
yor número de mujeres, prefieren la esterilización
quirúrgica, después de haber procreado el número
de hijos deseados.

La oclusión tubaria, es un método de con-
trol de la fertilidad, que en los últimos años -
se ha incrementado notablemente. (2)

La esterilización femenina, ha sido mencio-
nada desde Hipócrates como un posible método de -
planificación familiar, pero fue hasta 1934 en --
que Von Blondell, la describió como el primer
método de control de la fertilidad completamente
seguro para prevenir el embarazo con coito normal
(3). Considerándose durante el siglo XIX y par-
te del XX como un procedimiento de cirugía mayor.
(3).

Actualmente la oclusión tubaria, puede rea-
lizarse con una variedad de técnicas, las que en
mayor o menor grado, implican riesgos, los que -
pueden ser inmediatos o mediatos.

Sin embargo en México, goza de una amplia
aceptación, estimándose que aproximadamente un 5%

de las mujeres en edad fértil y han sido esterilizadas como método de control natal. (4,5,6)

Se han realizado estudios en los que se analizan factores socioculturales de las pacientes esterilizadas, encontrando durante un periodo de 10 años en la Cd. de México los siguientes resultados por Flores y colaboradores: en edad se encuentran entre 25 y 29 años un 24.3%, entre 30 y 34 años un 29%, 35 y 39 años un 26.6%. En cuanto a estado civil, el 95.5% son casadas, el 2.1 % son solteras, el 1.6% viven en unión libre y el 0.8% son viudas. En cuanto a escolaridad, 14% son analfabetas, 57.7% con primaria incompleta, el 19.3% con primaria terminada, el 2.1% con secundaria o técnica terminada y el 0.3 % profesionistas.

El número de hijos encontrado fue de 0-2 en un 2.7%, 3-5 en un 33.6%, de 6-8 en un 33.6%, de 9-11 en 19.7%, 12 a más en 10.6% (3).

Es así como el uso tan frecuente de la salpingoclasia, ha llevado a complicaciones que varían de gravedad, las que están directamente relacionadas con el método empleado, ya sea electro--

coagulación por laparoscopia, anillos de silastic pinzamiento con grapas o corte. (7,8,9,10,11)

Existen numerosos reportes en donde se menciona que las readmisiones hospitalarias se deben a complicaciones tales como quemaduras, lesión de intestino, enfermedad inflamatoria pélvica, sangrado, dolor abdominal o pélvico, severas dismenorreas, abscesos tuboováricos, embolismo pulmonar séptico. (4,7,9). Coagulación inadvertida de estructuras vitales, como es el caso cuando se emplea la esterilización con electrocoagulación por laparoscopia. (12)

Kenedy y colaboradores, encontraron en una serie de estudios realizados en pacientes con salpingoclasia, cambios en la duración del sangrado, duración del ciclo, regularidad y dismenorrea, lo que varían en su presentación, de acuerdo al periodo en que se realizó la cirugía. (13,14)

Existen complicaciones tales como shock anafiláctico por lidocaína, fallas técnicas que varían hasta en 1.15%, casos de perforación uterina en 2.1%, embarazos en 0.28%, utilizándose la esterilización por laparoscopia (15). Por lo que en

múltiples estudios se encuentra que la coagulación, es la que tiene la tasa más alta de complicaciones, siguiendo la Pomeroy modificada. (7,9, 12,16,17)

En los estudios de Uribe y Camarena, se reportan dichas variaciones además de dolor en el sitio de la herida quirúrgica posterior al primer semestre de la cirugía y aumento en la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica. (2)

Entre los cambios histopatológicos encontrados, están las recanalizaciones, fístulas tubo peritoneales, las que han llevado a embarazos ectópicos (secundarios a endometriosis), así como a la formación de pseudopólipos, cambios inflamatorios crónicos y dilataciones lumbinales proximales (18)

En un estudio realizado por Stefano, se reporta que la mortalidad atribuida a esterilización, es secundaria a complicaciones anestésicas y en menor grado a sepsis, infartos y hemorragia. (19) De esto se concluye que no son secundarias al procedimiento en si, sino a los peligros que implica cualquier intervención quirúrgica.

Hace algunos años, se ha observado en mujeres esterilizadas quirúrgicamente, la aparición de cambios en el patrón menstrual, dismenorreas y alteraciones psicológicas que anterior al procedimiento no padecían. (19,20) Cambios que algunos autores han denominado Síndrome postsalpingoclasia, o complejo sindromático postligadura tubaria; el que consiste en alteraciones menstruales, incluyendo ciclos irregulares, dismenorrea, aumento en la cantidad de sangrado y sangrado intermenstrual. (15) Dichas alteraciones son más frecuentes en mujeres esterilizadas quirúrgicamente, comparadas con mujeres en las que no se ha realizado el procedimiento, durante el mismo periodo de tiempo. (16)

Alvarez y colaboradores, encontraron cambios en el patrón menstrual, los que comprenden acortamiento del ciclo menstrual hasta de 15 días, aumento importante del volumen y duración del sangrado menstrual hasta de 15 días, sin alteraciones en la duración del ciclo menstrual, disminución de volumen y duración de la menstruación hasta menos de un día, con o sin alteración en el volumen o -

duración del sangrado menstrual, así como dolor - abdominal.(17)

Estos cambios se observaron después de 25-43 meses de realizar el procedimiento (16) y es 3 veces más frecuente en mujeres con ciclos irregulares, comparado con aquellas con ciclo regular - previo a la cirugía. (21)

Se ha sugerido que el factor principal para la aparición del síndrome, es una gran destrucción de tejido, cauterización térmica de las trompas o del mesosalpinx, lo que ocasionaría disminución del aporte sanguíneo y nervioso de ovario, (16,17, 2,1) con la secundaria disminución de la función del ovario y déficit de progesterona en la fase lútea del ciclo, (22,23,24) o anovulación, ya que ciclos cortos serían consecuencia de disminución de la fase lútea y ciclos largos en caso de oligo ovulación. (16)

Radwonska y colaboradores, (22) determinaron los niveles de progesterona sérica en mujeres a quienes se les esterilizó por laparoscopia con electrocoagulación o por sección de trompas, encontrando niveles de progesterona menores que en el

grupo testigo (9.4 ± 4.7 ng/ml y 17.4 ± 7.1 ng/ml) Esta misma observación la realizó Hargrove (25) y Donnez (23). Sin embargo Helm y Sjoberg en contraron niveles normales de progesterona en la serie estudiada. (26)

La frecuencia de aparición de estos cambios es variable, así Alderman la encontró en 6.5% de las pacientes estudiadas, sin embargo Chamberlain la reporta hasta en 51% de las pacientes. (28)

En el caso de aparición de dismenorrea severa o dolor pélvico, se sospecha, que en el caso de la oclusión tubaria efectuada por medios mecánicos como es el anillo de silastic, es que la is quemia ocasiona que las terminaciones nerviosas - que aún permanecen intactas, produzcan dolor por compresión. (17)

Sin embargo, otros estudios revelan que se han encontrado varicosidades pélvicas y adheren--cias pélvicas que por si mismas explican el dolor (29). Estos cambios tambien fueron observa--dos por Minawi (30), quien a traves de venografía pélvica transuterina, encontró congestión uterova--ginal, varicosidades ováricas y estasis venosa, -

las que aparecieron del primero al sexto mes posterior a la cirugía.

Se ha también determinado que la aparición de complicaciones varía en relación a la técnica utilizada, así tenemos que la coagulación unipolar y la salpingectomía parcial (Pomeroy modificada) están asociados en el mayor número de veces, con cambios en el patrón menstrual, comparándolos con los anillos, grapas, bandas de silicón o coagulación bipolar que causan con mayor frecuencia estas alteraciones (16), Alvarez y colaboradores (17), mencionan a la técnica Pomeroy, como la causante en la mayoría de las veces con cambios en el patrón menstrual, comparándolos con los anillos, grapas, así como predisponente a síndrome preclimático relacionándolo, como ya se mencionó, por la mayor destrucción de tejidos que produce.

Donnez (23) hace la observación, que la cantidad de progesterona sérica es más baja, en pacientes a las que se realizó electrofulguración que en las de método de clip y Uribe (31) refiere que en estas últimas, el dolor pélvico es el sín-

toma mayormente referido.

Otros factores tales como edad de aparición de menarca, paridad y antecedentes ginecoobstétricos, no guardan relación con la aparición de síntomas posteriores a la salpingoclasia. (1)

Se ha postulado que un factor psicológico, juega también importante papel para la aparición de complicaciones, refiriéndose que estas podrían evitarse si existiera una buena información preoperatoria y una mejor selección de las pacientes, en las que la pareja tome la decisión de una forma madura, sin influir presiones familiares o económicas para la toma de la misma. (17) Rosales (1) considera que el factor psicológico determina en gran parte la aparición de manifestaciones secundarias, debido a que es conocido como determinante para el buen funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Con estas observaciones, podríamos esperar encontrar en mujeres no maduras emocionalmente, - mayor frecuencia de alteraciones menstruales, psicológicas o sexuales, que previas al padecimiento no referían, lo que podría explicarse por el recha

zo manifestado de una forma indirecta, de la paciente hacia su estado de esterilidad.

Divers (32), ha encontrado datos importantes de personalidad histérica y psicoastenia en pacientes que solicitan la recanalización tubaria lo que vendría a apoyar una vez más, que la preparación psicológica es importante para prevenir la aparición de este síndrome.

Aznar encontró que la mayor proporción de pacientes que manifestaron cambios menstruales, -- fue en las pacientes de menor edad y en las que la salpingoclasia se había realizado por indicación médica (33,34), factores importantes a tomar en cuenta para la prevención de estas manifestaciones.

Objetivo:

Demostrar la aparición de complicaciones tardías posteriores a la salpingoclasia.

Planteamiento del problema.

La salpingoclasia, es un método de planificación familiar ampliamente difundido, que goza - de gran aceptación en la población. Su práctica ha llevado a la detección de complicaciones tempranas, reportadas desde el inicio de la misma.

Hace algunos años, se viene observando, la aparición de cambios en el patrón menstrual, alteraciones psicológicas y dismenorreas severas, en mujeres previamente sanas, quienes se realizaron la cirugía. Esto ha planteado la posibilidad - de que el procedimiento, sea responsable de la aparición de los mismos, sobre todo en aquellas mujeres que tomaron la decisión sin estar plenamente convencidas, lo que nos motiva a plantear la - siguiente interrogante:

¿ Existen alteraciones clínicas tardías indeseables en mujeres que se han realizado la salpingo-

clasia y tiene alguna relación con el estado emocional de la paciente?

Material y métodos.

Se realizó un estudio descriptivo de casos en pacientes a quienes se les realizó salpingoclasia y que asistieron a control a Medicina Familiar. Se eligieron 300 pacientes, distribuidas en los diferentes consultorios de la Unidad de Medicina Familiar.

Todas las pacientes entrevistadas, reunieron los siguientes requisitos:

Edad de 15 a 45 años.

Antecedente de salpingoclasia en un periodo no menor de 6 meses, no mayor de 3 años.

Todas aquellas pacientes previamente sanas a la salpingoclasia.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Todos aquellas pacientes que padezcan enfermedades ginecológicas o generales que predispongan a la aparición de la sintomatología buscada.

Se aplicó un cuestionario previamente elaborado, el que se reunió para su posterior análisis.

sis, los resultados obtenidos fueron graficados y ordenados en cuadros y se hace una descripción de los mismos a continuación.

Discusión y resultados.

A un total de 300 pacientes a las que se había realizado salpingoclasia, se aplicó un cuestionario que comprendía aspectos tales como edad, estado civil, ocupación, escolaridad, tiempo transcurrido desde la realización de la salpingoclasia y el momento de la entrevista, motivo que llevó a tomar la decisión, edad de inicio de vida sexual activa, número de gestaciones y trastornos observados posterior a la esterilización quirúrgica.

Los resultados fueron los siguientes: el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas, se encontraba entre los 30 y 39 años de edad (65.3%) cuadro núm 1, semejando lo encontrado en nuestro estudio, con respecto a otros realizados en la Cd de México durante un periodo de 10 años (3), los que reportan que el 56.6% se encuentran en estas edades. Con estas observaciones, debemos reconocer que la salpingoclasia, aún no se realiza a e-

dades más tempranas, que reducirían así el número de gestaciones de las pacientes.

Los cambios menstruales y psicológicos, no mostraron variación importante con respecto a edad, ya que fueron más frecuentes a los 30 y 39 años, sin embargo el 25% de los cambios sexuales se encontraron entre los 40 y 45 años lo que podría estar favorecido por la menopausia.

En cuanto a estado civil, existió una clara diferencia de acuerdo al mismo en cada paciente (cuadro núm 2), ya que las casadas fueron las que mostraron mayores cambios postsalpingoclasia (menstruales 89.5%, psicológicos 100%, sexuales -- 100%) seguido por la paciente en unión libre con 7.5% de alteraciones menstruales, el grupo de viudas y divorciadas manifestaron cambios posteriores a la salpingoclasia en 1.5% de los casos; comparado con las solteras, las que no mostraron cambios. De esto podemos afirmar que el estado civil juega un papel importante en las manifestaciones clínicas y psicológicas de las pacientes esterilizadas quirúrgicamente, siendo las casadas y en unión libre, las que posiblemente tengan un

ambiente familiar adverso para tomar la decisión de una forma madura. La paciente soltera por el contrario, por las condiciones socioeconómicas en que se encuentra toma la decisión de planificar su familia de una forma conciente y orientada, produciendo de esta forma una completa adaptación a su nuevo estado de esterilidad y de esta manera influir indirectamente para que no presente cambios posteriores a la salpingoclasia. Como ha mencionado Rosales (1), el factor psicológico desempeña un papel importante en la génesis del síndrome.

El estado civil (cuadro 3) también tiene relación con la ocupación de las pacientes, ya que el 90 % y el 33% de las casadas y en unión libre respectivamente, se dedican al hogar, en tanto que el 100% de las solteras son empleadas, percibiendo un sueldo del que dependen para su subsistencia. Este factor es importante para la toma de decisión de la paciente, ya que estas últimas contemplan más la necesidad de la esterilización.

Otro punto importante por mencionar, es la

escolaridad de las pacientes entrevistadas, en el grupo de las casadas el 5.9% eran analfabetas comparado con los demás grupos en que no se presentaron (cuadro núm 4), hallazgo importante que permite sospechar que la escolaridad, puede tener importancia para la presentación del síndrome.

Las pacientes casadas, se realizaron la -salpingoclasia por paridad satisfecha en 76% de los casos y el 24% restante por indicación médica. Las pacientes en unión libre en 59% de los casos tomaron la decisión por paridad satisfecha y el 41% restante por indicación médica. Las divorciadas el 75% fue por paridad satisfecha y el 25% por indicación médica. Las viudas y las solteras se les realizó la esterilización en el 100% de los casos por paridad satisfecha (cuadro 5). Este factor es importantísimo para la aparición del -síndrome, ya que del total de pacientes entrevistadas, el 76% se realizaron el procedimiento por paridad satisfecha y el 24% por indicación médica. Del número total de pacientes que mostraron cambios sexuales, psicológicos y menstruales, el 41.3 % se había esterilizado por indicación médica y -

el 58.7 % por paridad satisfecha (gráfica 3b), -- cifras altas que determinan la aparición del síndrome secundaria a poco convencimiento de la paciente para la toma de decisión. Esto último apoyado por los resultados obtenidos, pues del total de pacientes esterilizadas por indicación médica, el 50% manifestaron cambios postsalpingoclasia (gráfica 3c), comparado con el 27.6% encontrado en las pacientes operadas por paridad satisfecha (gráfica 3c).

Ahora bien, se ha mencionado que posterior a la salpingoclasia, existen cambios en el patrón menstrual, dismenorrea y alteraciones psicológicas que antes del procedimiento no existían, en nuestro grupo de pacientes investigadas, se reportan cambios menstruales en 22.3% de 300 pacientes, sexuales en 9.6% y psicológicos en 4.3% (cuadro 6).

Entre los cambios menstruales observados, se encontró polimenorrea en 11.94% de las 67 pacientes afectadas en este grupo, hipermenorrea en 50.74% del mismo grupo, dismenorrea en 6.39% y alteraciones del ritmo en 29.85% tales como proiomenorrea en la mayoría de los casos (cuadro 7).

El 9.6 de las pacientes con cambios sexuales (representado por 29 pacientes), mostraron - disminución de la libido y entre los cambios psicológicos (4.3%) comprendía depresión y ansiedad (cuadro núm 8) (cuadro núm 9).

Es importante mencionar que estas mujeres fueron interrogadas acerca del motivo que argumentaban como causante de la alteración, obteniéndose la siguiente información: en el grupo de pacientes con cambios menstruales el 83.6% indicó -- que posiblemente eran secundarias a problemas personales y solo el 16.4% lo atribuyó a la salpingoclasia. Estas últimas fueron interrogadas acerca del factor que motivó a realizarse la salpingoclasia y el 63.6% fue por caridad satisfecha y el 36.4% por indicación médica (cuadro 10 y 11).

En el grupo de pacientes con cambios psicológicos, 69% atribuyó los cambios a la salpingoclasia y 31% a problemas personales. En este grupo se observa una marcada tendencia a rechazo de la salpingoclasia por los cambios producidos, interrogando en este mismo grupo que mencionaba a la cirugía como causante, el motivo para realizarla

y de ellas, el 56.6% se la había realizado por paridad satisfecha y el 33.4% por indicación médica (cuadro 12 y 13).

En cuanto al grupo de pacientes con cambios sexuales, el 20.6% lo atribuyó a la salpingoclasia y el 79.4% a problemas personales. Sin embargo en las primeras, el 50% se realizó la salpingoclasia por indicación médica (cuadro 14 y 15), lo que ha cé altamente sugestivo que no estaban preparadas psicológicamente para realizarla y sus manifestaciones psicológicas posterior a ella, no eran más que una manifestación indirecta de rechazo a ella.

En cuanto a inicio de vida sexual activa, el grupo de solteras inicia a edades más tardías, comparadas con las casadas, inión libre, divorcia das o viudas (cuadro 16).

El estado civil también influye en el número de gestaciones, ya que la paciente soltera, concluye su función reproductiva a edades más tempranas y con menor número de hijos, observado en comparación con los otros grupos de pacientes. Ello también habla de factor madurez para la toma de decisión a edades más tempranas y con familias

pequeñas (cuadro 17).

De todo esto podemos deducir, que una gran proporción de pacientes, se realiza la salpingoclasia en edades que varía más frecuentemente entre 30-39 años, casadas en un 90% de los casos, dedicadas al hogar en la misma proporción con escolaridad entre primaria incompleta y completa en un 69.3%, con un 76% es realizada por paridad satisfecha y 24% por indicación médica, mujeres que tuvieron inicio de vida sexual activa temprana entre 14-19 años en el 64.6%, con menos de 4 niños en un 44% y más de 4 en 56%.

Sin embargo, la paciente casada y en unión libre manifiesta mayor número de alteraciones por salpingoclasia comparado con la soltera, en la que no encontramos cambios, influyendo factores tales como escolaridad, motivo de salpingoclasia, ocupación. Que la mujer soltera planifica su familia de una forma conciente y equilibrada, con inicio de vida sexual activa entre 20-25 años, con una paridad de 3-4 hijos, siendo económicamente activas y con una mejor preparación educativa, factores que finalmente influyen para la decisión de -

la esterilización.

Es importante mencionar que el cambio en el patrón menstrual observado en 22.3% de las pacientes, no se encontró gran relación con estos aspectos, por lo que sería conveniente realizar mayores investigaciones para encontrar la causa, ya que múltiples autores tales como Uribe, Radwonska y Donnez, mencionan la posible deficiencia ovulatoria, por gran destrucción de tejido, secundaria al procedimiento.

Conclusiones.

1. El 69.3% de las pacientes estudiadas solicita ron salpingoclasia entre los 30-39 años.
2. El 90% de las pacientes entrevistadas eran ca sadas.
3. El 90% de las pacientes entrevistadas se dedi can al hogar.
4. El nivel de escolaridad encontrado es prima-- ria incompleta y completa en 69.3% de las pa cientes.
5. El 76% de las pacientes se realizó salpingocla sia por Paridad Satisfecha.
6. El 24 % restante por Indicación médica.
7. El inicio de vida sexual activa es temprano en tre 14-19 años en 64.6% de las pacientes.
8. La paridad de las pacientes entrevistadas se - encontró en más de 4 hijos en 56% de los casos
9. La paciente casada presenta más cambios post-- salpingoclasia, seguida de la paciente en U--- nión Libre.
10. La soltera menos incidencia de cambios post-- salpingoclasia.
11. Factores tales como escolaridad y ocupación -

parecen influir para la presentación del síndrome postsalpingoclasia.

12. La indicación de salpingoclasia es uno de los factores que más influyen para la presentación de cambios.
13. Las pacientes esterilizadas por indicación médica, presentaron cambios postsalpingoclasia en el 50% de los casos.
14. Las alteraciones psicológicas y sexuales muestran una franca relación con salpingoclasia - realizada por indicación médica.
15. Aparecieron cambios menstruales en el 22% de la serie estudiada.
16. Cambios psicológicos en 4.3% y sexuales en el 9.4%.
17. Entre los cambios menstruales, la hipermenorrea se presentó en un 50.74% y en 29.85 % alteraciones del ritmo (proiomenorrea más frecuente)
18. En las alteraciones psicológicas, la depre---sión y ansiedad fueron los signos predominantes.
19. En las alteraciones sexuales la disminución de la libido.

20. Los cambios menstruales no guardan relación - con factores tales como indicación de salpingoclasia, escolaridad u ocupación.

Cuadro num I. Alteraciones encontradas en pacientes entrevistadas por grupos de edades en HGZ y UMF num I Cd. Obregón, Sonora 1985.

grupos de edades	no.	%	Pacientes con cambios					
			mestruales no.	es %	psicológico no.	lógico %	sexuales no.	ales %
20-24	6	2	2	3	-	-	1	3.5
25-29	35	11.6	7	10.2	2	15.5	2	7
30-34	77	25.6	29	43.3	5	38.4	7	24.2
35-39	113	33.6	27	40.4	4	30.6	12	41
40-44	63	21	2	3	2	15.5	7	24.2
TOTAL	300	100	67	100	13	100	29	100

Fuente: entrevista directa.

Cuadro num 2. Cambios postsalpingoclasia observados, en relación con estado civil, HGZ y UMF - num. I Cd. Obregón, Sonora 1985.

edo. civil	ninguno		mestru.		psicol.		sexual		TOTAL	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
casada	191	62.4	60	22.1	13	4.8	29	10.7	271	100
soltera	4	100	-	-	-	-	-	-	4	100
U. libre	12	70.7	5	29.3	-	-	-	-	17	100
divorciada	3	75	1	25	-	-	-	-	4	100
viuda	3	75	1	25	-	-	-	-	4	100

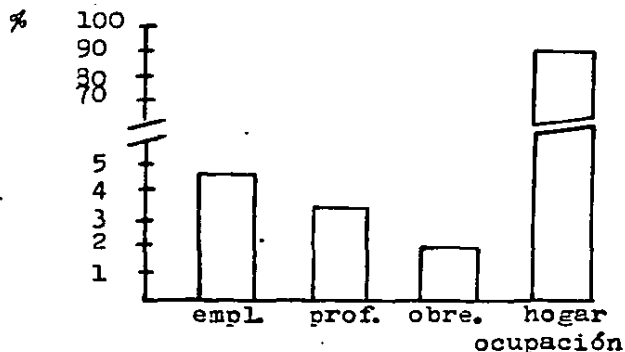
Fuente: entrevista directa.

Cuadro num 3. Ocupación de pacientes entrevistadas, en relación con estado civil, HGZ y UMF num. 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

edo. civil	empleado		profes.		obrero		hogar		TOTAL	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
casada	12	44.2	10	34.3	3	19.5	246	90.2	271	100
soltera	4	100	-	-	-	-	-	-	4	100
U. libre	3	17.1	-	-	-	-	14	82.9	17	100
divorciada	3	75	-	-	-	-	1	25	4	100
viuda	2	50	-	-	-	-	2	50	4	100

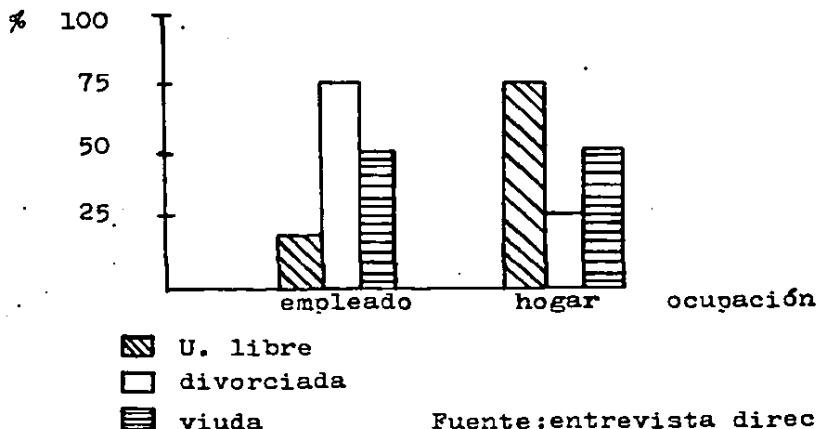
Fuente: entrevista directa

Gráfica 1a. Ocupación de pacientes casadas entrevistadas en HGZ y UMF num 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.



Fuente: entrevista directa.

Gráfica núm 1b. Ocupación de pacientes en U. libre divorciadas y viudas entrevistadas en HGZ y UMF - núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

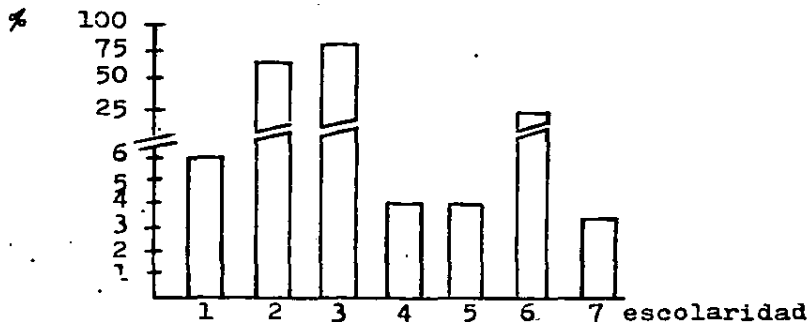


Cuadro núm 4. Escolaridad de pacientes entrevistadas en HGZ y UMF núm I Cd. Obregón, Sonora.

edo.civil	anal	P.in	P.com	S.in	S.co	Téc.	Prof	total								
casada	16	5.9	89	32	99	35	11	4	11	4	35	12	10	3.4	27	100
soltera	-	-	1	25	1	25	-	-	1	25	-	-	1	25	4	100
U.libre	-	-	9	52	4	23	1	5.9	1	5.9	1	5.9	1	5.9	17	100
divorcia.	-	-	1	25	1	25	-	-	1	25	1	25	-	-	4	100
Viuda	-	-	2	50	2	50	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100
	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%

Fuente: entrevista directa.

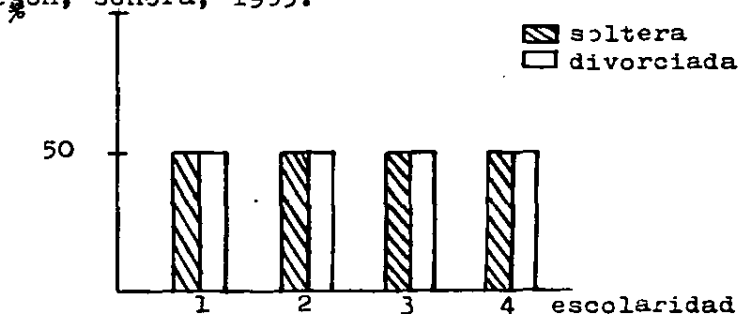
Gráfica 2a. Escolaridad pacientes casadas entrevistadas en HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón, Sonora 1985.



1= analfabeta 2= prim. incompleta 3= prim. completa
 4= sec. incompleta 5= sec. completa
 6= técnica 7= profesional.

Fuente: entrevista directa.

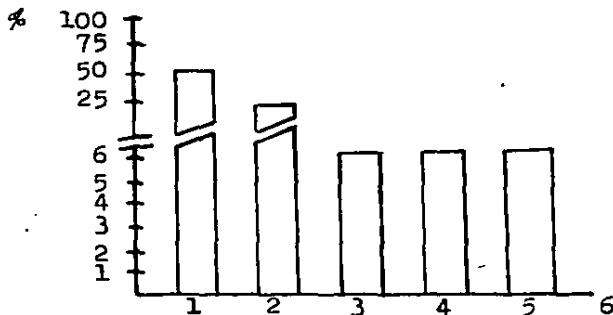
Gráfica 2b. Escolaridad de pacientes solteras y divorciadas entrevistadas en HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón, Sonora, 1985.



1= prim. inc. 2= prim. comp. 3= sec. comp.
 4= técnica o prof.

fuentes entrevista directa

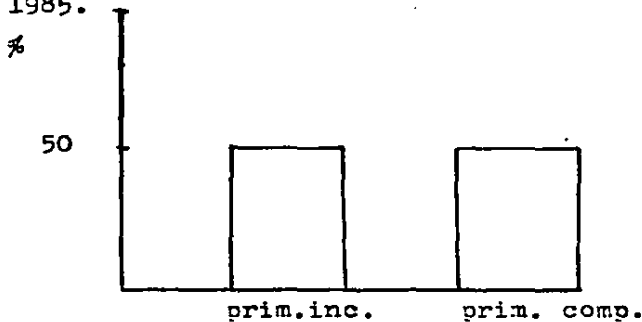
Gráfica 2c. Escolaridad de pacientes en U. libre entrevistadas en HGZ y UMF núm 1 Cd, Obregón, Sonora 1985.



1. prim inc. 2. prim. comp. 3. sec inc.
4. sec. comp. 5. téen. 6. profesional.

Fuente: entrevista directa

Gráfica 2d. Escolaridad de pacientes viudas entrevistadas en HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón, Sonora, 1985.



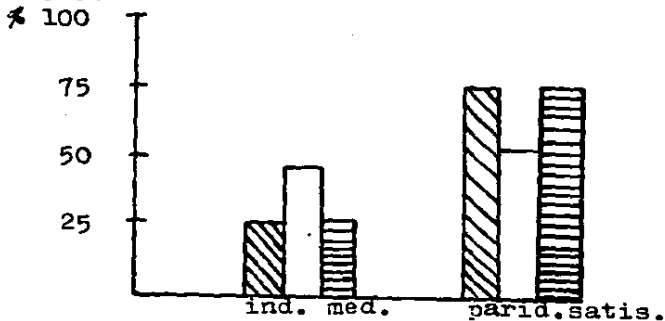
Fuente: entrevista directa




Cuadro núm 5. Motivo por el que se realizaron - salpingoclasia de acuerdo a estado civil, HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón, Sonora, 1985.

edo. civil	indicac. médi.		paridad satis		total	
	no.	%	no.	%	no.	%
casada	65	24	206	76	271	100
soltera	-	-	4	100	4	100
U. libre	7	41	10	59	17	100
divorciada	1	25	3	75	4	100
viuda	-	-	4	100	4	100

Fuente "entrevista directa"

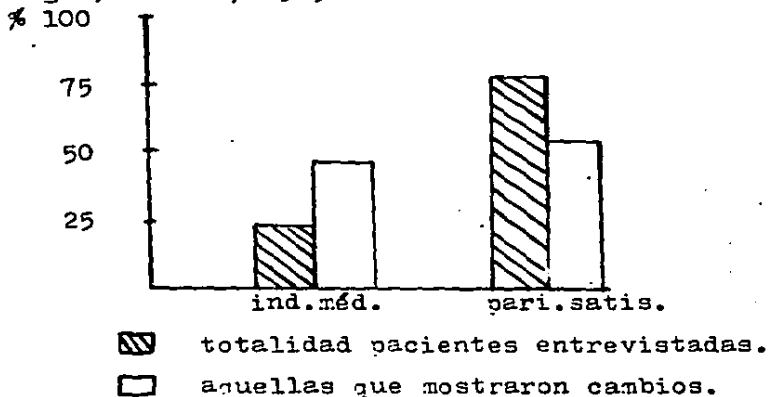
Gráfica núm 3a. Motivo por el que se realizaron salpingoclasia pacientes casadas, unión libre, - y divorciadas, HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón, Sonora 1985.





 casada
 u. libre
 divorciada

Fuente: entrevista directa.

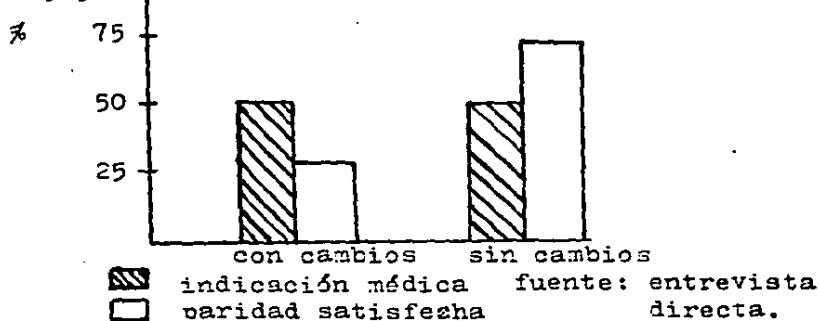
Gráfica 3b. Indicación para realizarse la salpingoclasia en pacientes entrevistadas, comparado con las que presentaron cambios, HGZ y UMF núm 1. Cd. Obregón, Sonora, 1985.





 totalidad pacientes entrevistadas.
 aquellas que mostraron cambios.

Fuente: entrevista directa

Gráfica 3c. Pacientes con cambios postsalpingoclasia por indicación médica, comparado con paridad satisfecha, HGZ y UMF num 1 Cd. Obregón, Sonora 1985.



 indicación médica
 paridad satisfecha

fFuente: entrevista directa.

Cuadro núm 6. Trastornos postsalpingoclasia en -
pacientes entrevistadas, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obre-
gón, Sonora, 1985.

cambios	no.	%
ninguno	191	63.6
mestruales	67	22.3
sexuales	29	9.6
psicológicos	13	4.3
TOTAL	300	100

Fuente: entrevista directa.

Gráfica 4. Trastornos observados postsalpingocla-
sia, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.



Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 7. Cambios menstruales observados post-salpingoclasia, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora 1985.

alteración	no.	%
polimenor.	8	11.94
hipermenor.	34	50.74
dismenorr.	5	6.39
alt.ritmo	20	29.85
total	67	100

Fuente: entrevista directa

Cuadro núm 8. Cambios sexuales postsalpingoclasia HGZ y UMF núm 1, Cd. Obregón Sonora, 1985.

cambios sex	no	%
dism.líbido	29	100

Fuente: entrevista directa

Cuadro núm 9. Cambios Psicológicos postsalpingoclasia HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

cambios ps	no	%
ansiedad, depresión	13	100

Fuente: entrevista directa

Cuadro núm 10. Pacientes con cambios menstruales causa a que atribuyen las modificaciones post-salpingoclasia, HGZ y UMF núm 1 Cd Obregón, Sonora 1985.

	salpingocl.	personales
no.	11	56
%	16.4	83.6

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 11. Pacientes con cambios menstruales que atribuyeron a la salpingoclasia como causa, indicación para realizarla, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

	Paridad Satis	Indic. méd.
no.	7	4
%	63.6	36.4

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 12. Pacientes con cambios psicológico causa a la que atribuyen las modificaciones pos salpingoclasia, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

	Salpingocla.	Personales
no.	9	4
%	69	31

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 13. Pacientes con cambios psicológicos que atribuyeron a la salpingoclasia como causa, indicación que tuvieron para realizarla, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora 1985.

	Paridad Sati	Ind. médica
no.	6	3
%	66.6	33.4

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 14. Pacientes con cambios sexuales, causa a la que atribuyen las modificaciones post-salpingoclasia, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

	Salpingocla.	Personales
no.	6	23
%	20.6	79.4

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 15. Pacientes con cambios sexuales, que atribuyeron a la salpingoclasia como causa, indicación que tuvieron para realizarla, HGZ y UMF núm 1 Cd. Obregón, Sonora, 1985.

	Paridad satis	Indic. médica
no.	3	3
%	50	50

Fuente: entrevista directa.

Cuadro núm 16. Edad de inicio de Vida sexual activa en mujeres entrevistadas, relacionado a estado civil, HGZ y UMF num 1 Cd Obregón, Son. 1985.

años	casada		soltera		u. libre		divorci		viuda	
	no	%	no	%	no	%	no	%	no	%
14.5-19.4	173	63.9	1	25	15	88.2	2	50	3	75
19.5-24.4	75	27.6	3	75	2	11.6	2	50	1	25
24.4-29.4	21	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-
29.5-34.5	2	.8	-	-	-	-	-	-	-	-
total	271	100	4	100	17	100	4	100	4	100

Fuente: entrevista directa.

Cuadro número 17. Gestaciones en pacientes entrevistadas de acuerdo a estado civil, HGZ y UMF num 1 Cd Obregón, Sonora, 1985.

GESTA	casada		soltera		u. libre		divorc.		viuda	
	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
II	12	4.4	2	50	1	6	-	-	-	-
III	57	21	1	25	2	12	1	25	-	-
IV	50	18.4	1	25	6	35	1	25	-	-
V	41	15.1	-	-	-	-	1	25	-	-
VI	40	14.8	-	-	3	17	1	25	1	25
VII	23	8.4	-	-	1	6	-	-	-	-
VIII	10	3.7	-	-	2	12	-	-	1	25
IX	9	3.5	-	-	2	12	-	-	-	-
X ó más	29	10.7	-	-	-	-	-	-	2	50
total	271	100	4	100	17	100	4	100	4	100

Fuente: entrevista directa.

ESTA TESIS NO DEBE
CORR DE LA BIBLIOTECA

Questionario.

1. edad
2. estado civil
3. escolaridad
4. ocupación
5. Antecedentes ginecoobstétricos:
 - a)menarca b)ritmo c)gesta d)para
 - e)aborto f)cesárea g)inicio de vida sexual
activa. h)dismenorrea
6. Fecha de salpingoclasia
7. Causa para realizarla
8. ¿Ha notado posterior a ella polimenorrea?
9. ¿Ha notado posterior a ella oligomenorrea?
10. ¿Ha notado posterior a ella opsomenorrea?
11. ¿Ha notado posterior a ella proiomenorrea?
12. ¿Ha notado posteriora a ella dismenorrea o dolor pélvico en tiempo no esperado para su mes truación?
13. ¿Cómo eran sus relaciones sexuales antes de la salpingoclasia?
 - a) satisfactorias
 - b) desagradables
 - c) indiferentes

14. ¿Cómo son sus relaciones sexuales posterior a la salpingoclasia?
- a) satisfactorias
 - b) desagradables
 - c) indiferentes
15. ¿Su deseo sexual ha variado?
- a) disminuido
 - b) aumentado
 - c) igual
16. ¿El número de veces que tiene relaciones sexuales por mes, ha variado posterior a la salpingoclasia?
- a) aumentado
 - b) disminuido
 - c) igual
17. ¿Cómo se ha sentido posterior a la salpingoclasia?
- a) bien
 - b) mal
 - c) igual que siempre
18. En caso de contestar que varió, explicar en que consiste el cambio.
19. ¿A que atribuye usted estos cambios?

BIBLIOGRAFIA

1. Rosales, EG; Alteraciones del patrón menstrual consecutivo a ligadura tubaria. Gin Obst Mex 1985;53: 167-69
2. Uribe, L y col. Esterilización femenina con control laparoscópico. Evaluación de dos técnicas oclusivas quirúrgicas. Gin Obst Mex; 322: 33-40, 1984
3. Flores R. y col. Esterilización quirúrgica experiencia en 10 años. Gin Obst Mex; 1985;53: 163-65
4. Vázquez, A. Síndrome postligadura tubaria. - Gin Obst Mex 51: 317:1983 237-240
5. Salinas, S y col. Recanalización tubárica. Perfil Psicosexual de 10 pacientes. Gin Obst Mex 52,326; 139-141 1984
6. Durán, A. et al. Toma de decisión para la es-

terilización en la mujer. Gin Obst Mex. 51:
313. 1983 131-136

7. Donnez J. et al. Tubal polyps, epithelial -
inclusions and endometriosis after tubal s-
terilization. Fertil Steril 1984 (41)4: 564
8. Stock J. Evaluation of sequelae of tubal li-
gation. Fertil Steril. 29: 2;1978 169-174
9. Castro C. Morbilidad en la salpingoclasia por
laparoscopia. Gin Obst Mex 1984: 52;321 18-22
10. Nahmanivici. Tubal sterilization by a combi-
ned laparoscopic and external technique. Pre
liminary report on 75 cases. Fertil Steril.
30; 519,1978
11. Chamberlain, G y col. Long term effects of -
laparoscopic sterilization on menstruacion. -
South Med J. 69: 1976

12. Williams. *Obstetricia*. Ed. Salvat. Barcelona España 1980. pp 326-350
13. Kennedy, K. Effect of tubal sterilization on menstrual pattern. (lette) *Am J Obstet Gynecol* 1984 15;148(6) 335
14. Fortney, JA et al. A new approach to measuring menstrual pattern change after sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1983. 1;147(7) 830
15. Pattenson, R et al. Complications in 8509 laparoscopic fallopian ring sterilization performed under local anesthesia. *S Afric Med J*. 1983 64/25 (975-976)
16. Destefano, F. et al. Long term risk of menstrual disturbances after tubal sterilization *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152: 335-41
17. Alvarez, C. Secuelas de la ligadura tubaria. *Gin Obstet Mex*, 1985; 53(334) 35-37

18. Stock, R. Histopathologic changes in fallopian tubes subsequent to sterilization procedures. J Gynecol Pathol 1983, 146/2 (13-27)
19. Stefano, D. y col. Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. Am J Obstet Gynecol. 1983. 146-2
20. Causland, MA. Endosalpingiosis (endosalpingio blastosis) following laparoscopic tubal coagulation as an etiologic factor of ectopic pregnancy. Am J Obst Gyn 1982, 143/1 (12-24)
21. Fortney, J. et al. A new approach to measuring menstrual pattern change after sterilization. Am J Obstet Gynecol 1983 147/7 (830-836)
22. Radwonska, E y col. Luteal deficiency among woman with normal menstrual cycles requesting reversal of tubal sterilization. Obstet Gynecol, 54: 189 1979
23. Donnez, J. et al. Luteal function after tu-

bal sterilization. *Obstet Gynecol* 57: 65 1991

24. Gary, L y col. Possible ovulatory deficiency after tubal ligation. *Am J Gynecol Obstet* 132 6: 699-700 1978
25. Hargrove, JT y col. Endocrine profile of patients with post-tubal-ligation syndrome. *J Reprod Med* 1981; 26: 359
26. Helm, G y col. Progesterone levels before -- and after laparoscopic tubal sterilization u sing endotherm coagulation. *Acta Obstet Gyne col Scand* 1983. 62/1 (63-66)
27. Alderman, B. Menstrual loss after tubal ligation. *Lancet*.1985;2: 1039
28. Chamberlain, G y col. Long term effects of - laparoscopic sterilization on menstruation. - *South Med J*. 69: 1974
29. Stock, R. Sequelae of tubal ligation: An Ana

lysis of 75 consecutive hysterectomies. South
Med J. 1984 77/10 1255-1260

30. Minawi, M. Pelvic venous changes after tubal s
terilization. J Reprod Med 1983
31. Uribe, R. y col. Esterilización femenina. Es-
tudio comparativo de 3 técnicas laparoscópi-
cas. Gin Obstet Mex 1981; 49 (295)
32. Divers, W. Characteristics of women requesting
reversal of sterilization. Fertil Steril 1984
41/2 (233-236)
33. Aznar, R y col Esterilización femenina volun-
taria; motivaciones y efectos psicosociales.
Gin Obst Mex 50;307
34. Editorial. Psychological sequelae of female -
sterilization: short term outcome in a prospec
tive controlled study. A report from Psycol
Med 1984 (14-2) 379-30