

24.92

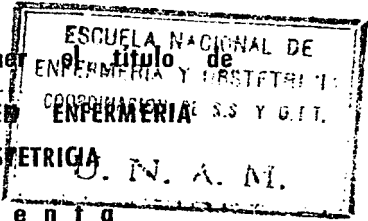


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO ANALITICO PROSPECTIVO LONGITUDINAL
SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES DE LA SALPINGOGLASIA
EN LAS MUJERES QUE VIVEN EN LA COLONIA
"POPULAR LIBERACION DE CEEAYA GUANAJUATO"

Que para obtener



el título de
ENFERMERA Y OBSTETRICA

LICENCIADO EN

ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA

U. N. A. M.

presenta

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ MEZA

MEXICO, 1987.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Forma No. 3

C. DIRECTORA DE LA ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

Los suscritos, Jefe de la Coordinación de Servicio Social
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:

TESIS

cuyo título es: ESTUDIO ANALITICO PROSPECTIVO LONGITUDINAL SOBRE LOS
EFECTOS COLATERALES DE LA SALPINGOCLASIA EN LAS MUJERES QUE VIVEN EN
LA COLONIA "POPULAR LIBERACION DE CELAYA GUANAJUATO"

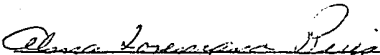
que elaboró la tasante: _____

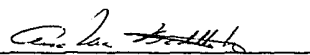
manifestamos a usted, que satisface los requisitos académicos y admi-
nistrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales -
en vigor.

A T E N T A M E N T E
México, D. F. a 25 de junio de 1987.

ASESOR ACADEMICO.

COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION


LIC. EN ENF. ALMA LORENZANA RUÍZ


LIC. EN ENF. ANA MA. BADILLO RAMIREZ

*cgh.

I N D I C E

P R O L O G O

PAG

I. INTRODUCCION

1. Definición del problema de estudio 1
2. Objetivos generales del estudio 2
3. Hipótesis 2
4. Variables 3
5. Campo de investigación

II. MARCO TEORICO

1. Ley general de población 3
2. Plan Nacional de Salud 7
- 2.1 Programa de Planificación Familiar 13
3. Embriología de los órganos femeninos de la reproducción. 16
4. Anatomía y Fisiología de los órganos internos de la reproducción humana. 20
5. Salpingoclasia y Salpingectomía. Conceptos. 43
6. Técnicas Quirúrgicas para efectuar - 44
Salpingoclasia.

	PAG
7. Otros métodos de oclusión tubaria bilateral. .	72
7.1 Secuelas de la esterilización.	74
III. <u>ESQUEMA DE LA INVESTIGACION</u>	75
1. Limitación del campo de la inves- tigación.	
2. Area Geográfica.	
3. Grupos Humanos	
4. Metodología de la Investigación.	
IV. <u>RESULTADOS</u>	108
1. Descripción y Análisis de la In- formación.	
V. <u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</u>	109
	112
 <u>A P E N D I C E S</u>	
Bibliografía	116
Cédula de entrevistas	120
Operacionalización de variables	126

INDICE DE CUADROS ESTADISTICOS

<u>Colonia Popular Liberación</u>		Pag.
Cuadro	1 Edad de las mujeres estudiadas.	80
Cuadro	2 Tiempo en años de haberse sometido a salpingoclasia.	81
Cuadro	3 Trastornos menstruales en relación a cantidad de sangrado -- transvaginal.	82
Cuadro	4 Transtornos menstruales en relación a duración de sangrado -- transvaginal.	83
Cuadro	5 Transtornos menstruales en relación a periodicidad del sangrado transvaginal.	84
Cuadro	6 Transtornos del ritmo de eliminación.	85

		Pag.	
Cuadro	7	Incremento de peso en Kg.	86
Cuadro	8	Embarazo Ectópico.	87
Cuadro	9	Disfunción sexual.	88
Cuadro	10	Otras manifestaciones	89
Cuadro	11	Orientación previa sobre salpin <u>g</u> oclasia.	90
Cuadro	12	Personas que orientaron sobre - salpingoclasia.	91
Cuadro	13	Aceptación de la salpingoclasia.	92
Cuadro	14	Orientación del personal de en-- fermería en la detección de pro- blemas ginecológicos.	93

INDICE DE GRAFICAS ESTADISTICAS

<u>Colonia Popular Liberación</u>		Pag.	
Gráfica	1	Incidencia de edades en mujeres sometidas a salpingoclasia.	94
Gráfica	2	Incidencia de tiempo en años de sometimiento a salpingoclasia.	95
Gráfica	3	Incidencia de trastornos menstruales antes y después de la salpingoclasia en relación a la cantidad de sangrado transvaginal.	96
Gráfica	4	Incidencia de trastornos menstruales antes y después de la salpingoclasia en relación a la duración de sangrado transvaginal.	97
Gráfica	5	Incidencia de trastornos menstruales antes y después de la salpingoclasia en relación a la periodicidad del sangrado transvaginal.	98

			Pag.
Gráfica	6	Incidencia de trastornos del ritmo de eliminación en cuanto a sangrado transvaginal antes y después de la salpingoclasia.	99
Gráfica	7	Incidencia de incremento de peso en Kg. antes y después de la salpingoclasia.	100
Gráfica	8	Incidencia de embarazos ectópicos antes y después de la salpingoclasia.	101
Gráfica	9	Incidencia de disfunción sexual - que se presentó antes y después - de la salpingoclasia.	102
Gráfica	10	Incidencia de otras manifestaciones encontradas antes y después - de la salpingoclasia.	103

		Pag.
Gráfica 11	Incidencia de orientación previa sobre salpingoclasia.	104
Gráfica 12	Incidencia de señoras que fueron orientadas por personal profesional antes de efectuarse salpingoclasia.	105
Gráfica 13	Incidencia de aceptación de salpingoclasia como método quirúrgico irreversible.	106
Gráfica 14	Incidencia de problemas ginecológicos previos y posteriores a la salpingoclasia.	107

P R O L O G O

En la actualidad es relevante realizar estudios -- que contemplen especialmente la planificación familiar ya que, la mujer ocupa el primer término en esta tarea.

Este trabajo por lo tanto, contiene elementos claves que se han observado como modificadores orgánicos en la mujer y observados durante la práctica profesional comunitaria fueron sujetos a estudio teniendo como base los elementos contraceptivos definitivos, los cuales han tenido auge acelerado en los últimos años, me refiero específicamente a la salpingoclasia.

Esta investigación incluye entonces, datos históricos así como la situación poblacional en México, elementos básicos de embriología, anatomía y fisiología de los órganos internos de la reproducción. Contiene de esta -- forma las diferentes técnicas quirúrgicas para efectuar salpingoclasia así como sus secuelas. Por otro lado esta contemplada el área geográfica y los grupos humanos bases de este estudio.

En la parte IV se plasman resultados en cuadros y

gráficas con sus respectivas descripciones, así como las conclusiones, sugerencias y bibliografía referente a este trabajo esperando sean de ayuda para estudios ulteriores a la mujer.

I. INTRODUCCION

1. DEFINICION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

La Escuela de Enfermería de Celaya a partir de 1982, inició su proyecto en el cual se desarrollan programas de atención comunitaria, éste tiene como eje a la atención primaria. En estos programas se incluye el programa de atención Materno Infantil donde se contempla a la Planificación Familiar como uno de los subprogramas a desarrollar, durante mi práctica profesional como docente, he participado de manera directa y con frecuencia me enfrento a inquietudes e interrogantes de mujeres a las que se les ha practicado salpingoclasia las cuales refieren una variedad de sintomatología, a la cual no he podido dar una respuesta satisfactoria, ya que, al revisar bibliografía, no encontré texto alguno en relación a los efectos colaterales de la salpingoclasia, razón por la cual origino el presente estudio, el cual se ha definido en los siguientes términos:

¿Cuales son los efectos colaterales de la salpingoclasia?.

2. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

General

Identificar los efectos colaterales que con mayor frecuencia se presentan en las mujeres con salpingoclasia posterior a uno y doce años de haberse sometido quirúrgicamente.

Específicos

- Detectar en la colonia "Popular Liberación de Celaya Guanajuato", mujeres con salpingoclasia posterior a uno a doce años de haberse sometido quirúrgicamente.

- Revisar conceptos actuales sobre las técnicas, - indicaciones y contraindicaciones de la salpingoclasia.

3. HIPOTESIS

La atención eficiente y oportuna de enfermería en la detección de manifestaciones patológicas orgánicas, -- disminuye el riesgo de complicaciones funcionales en mujeres con salpingoclasia posterior de uno a doce años de haberse sometido quirúrgicamente.

4. VARIABLES

- Atención eficiente y oportuna de Enfermería
- Manifestaciones Patológicas orgánicas
- Mujeres con salpingoclasia de uno a doce años
- Riesgo de complicaciones

5. CAMPO DE INVESTIGACION

a. Area geográfica. Este estudio se efectuó en la Colonia "Popular Liberación" de la Ciudad de Celaya Guanajuato

b. Grupos Humanos:

b.1 Mujeres con salpingoclasia posterior de uno a doce años de haber sido sometidas quirúrgicamente.

2. LEY GENERAL DE POBLACION

Capítulo I.

Artículo 1o.

Las disposiciones de esta ley son de orden público

y de observancia general en la República. Su objeto es regular los fenómenos que afectan la población en cuanto a su volúmen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Artículo 2o.

El ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Gobernación, dictará, promoverá y coordinará en caso, las medidas adecuadas para resolver los problemas demográficos nacionales.

Artículo 3o.

Para los fines de esta Ley, la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante -- las dependencias competentes o entidades correspondientes las medidas necesarias para:

- I Adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que plantean al volúmen, estructura, dinámica y distribución de la población.

II Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y - vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

III Disminuir la mortalidad.

IV Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan.

V Promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural.

- VI Promover la plena integración de los grupos - marginados al desarrollo nacional.

- VII Sujetar la inmigración de extranjeros a las - modalidades que juzgue pertinente y procurar la mejor asimilación de éstos al medio nacional y su adecuada distribución en el territorio.

- VIII Restringir la emigración de nacionales cuando el interés nacional así lo exiga.

- IX Procurar la planificación de los centros de población nacional en urbanos para asegurar una eficaz presentación de los servicios públicos que se requieran.

- X Estimular el establecimiento de fuertes nú--cleos de población nacional en los lugares --fronterizos que se encuentren escasamente poblados.

- XI Procurar la movilización de la población en--tre distintas regiones de la República con ob

jeto de adecuar su distribución geográfica a las posibilidades de desarrollo regional, con base en programas, especiales de asentamiento de dicha población.

XII Promover la creación de poblados, con el fin de agrupar a los núcleos que viven geográficamente aislados.

XIII Coordinar las actividades de las dependencias del sector público federal, estatal y municipal, así como las de los organismos privados para el auxilio de la población en las áreas en que se prevea u ocurra algún desastre.

XIV Las finalidades que esta ley u otras disposiciones legales determinen. 1/

3. PLAN NACIONAL DE SALUD 1984-1988

Aspecto Demográfico.

En el plan nacional de desarrollo se reconoce que la salud es causa y afecto del desarrollo del país. De

1/ Diario Oficial. Ley General de Población. Edit. Libros Económicos. 1985, pag. 5-6

esta suerte, el diagnóstico de salud de la población no puede limitarse a la identificación y evaluación de los recursos disponibles para su protección y mejoramiento si no que debe considerar, de manera sistemática los aspectos demográficos, económicos, sociales y ambientales que la condicionan.

Nuestro país presenta una de las tasas de crecimiento demográfico más altas del mundo. La estructura de la población es eminentemente joven y se caracteriza por una elevada proporción de mujeres en edad fértil.

La tasa de crecimiento promedio anual de la población fué de 3.1 % en el período de 1960/1980 y para 1983 se redujo a 2.4 % como resultado de la consolidación de un amplio programa de Planificación Familiar, del crecimiento económico y del avance social del país. La explosión demográfica ha sido producto tanto de las altas tasas de natalidad como de un continuo descenso en la tasa de mortalidad general del país.

La tasa bruta de natalidad se mantuvo en 1950 y 1960 en 46 nacimientos por cada mil habitantes y en los años 70's inicia su descenso alcanzado una tasa de 34 na-

cimientos por cada mil en 1981 en relación a la fecundidad, se da una marcada tendencia en su descenso al pasar 6.6 hijos por mujer en edad fértil en 1970, a 4.6 en 1981 es decir una disminución de dos hijos en promedio en los últimos once años, esto por la aceptación cada vez mayor de prácticas reguladoras de la natalidad.

En el plan nacional de salud en relación al programa de Planificación Familiar está orientado a proporcionar los medios necesarios para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos -- con pleno respeto a su dignidad, el programa dirige sus acciones prioritariamente a la población en edad fértil -- dentro de un esquema que propicia y motiva la participación activa del varón y que se complementa con actividades específicas de orientación y educación sexual al adolescente en 1976 el 30 % de las mujeres en el país eran usuarias activas de algún método anticonceptivo incrementándose al 38 % para 1979 y a 48 % en 1982 lo que representa un poco más de 5 millones de usuarias en el último año las cuales eran atendidas un 53 % por instrucciones gubernamentales y el 47 % por el sector privado.

El incremento en el uso de anticonceptivos, sin embargo no se ha presentado de una manera homogénea en el país, siendo significativo en su inicio, sólo en áreas urbanas, la cobertura con respecto a mujeres en localidades rurales era en el año de 1976 de sólo el 16 % mientras -- que en las urbanas era de 46 % esas diferencias se han venido acortando y en 1982 eran de 30 y 57 % respectivamente.

Objetivos Específicos del Programa de Planificación Familiar.

- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de -- las parejas a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno-infantil.

Líneas Estratégicas de Acción.

- Revisar y actualizar las normas respecto a la delimitación de atribuciones entre los distintos sectores -

involucradas en el proceso de Planificación Familiar para mejorar la coordinación y hacer más eficaces los esfuerzos.

- Elaborar bases técnicas de programación y evaluación de las actividades de Planificación Familiar apreciables al ámbito de cada una de las instituciones de salud y asistencia social.

- Realizar encuestas y estudios biomédicos y sociodemográficos para la evaluación periódica de los resultados de la Planificación Familiar y de sus efectos de interrelaciones con aspectos económicos, sociales, psicológicos y de la salud de la población.

- Mejorar los sistemas institucionales de registro e información de las actividades de la Planificación Familiar para un adecuado de los resultados obtenidos.

- Utilizar los recursos comunitarios de salud particularmente de las promotoras de salud y parteras empíricas en las actividades de Planificación Familiar.

- Promover la producción nacional de material y me

dicamentos anticonceptivos necesarios para satisfacer las necesidades del programa.

- Intensificar y ampliar acciones de capacitación promoción educativa de Planificación Familiar y orientación sexual a prestadoras de servicios y a la población en general en acciones directas, orientadas a la comunidad.

- Incorporar módulos educativos de Planificación Familiar y educación sexual en la curricula de las carreras que se imparten en instituciones educativas en ciencias de la salud.

Metas Operativas:

Contar en 1988 con 7.6 millones de usuarias activas con métodos anticonceptivos modernos y 600.000 con métodos tradicionales.

Reducir la tasa global de fecundidad de 4 hijos -- promedio por mujeres en edad fértil (1980) a 3 hijos para 1988. 2/

2/ Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Salud. Vol. 1 No. 6, México, 1984-1988 pag. 17-67

4. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO.

En el último decenio más de 50 países han reforzado sus leyes o políticas relativas a la fecundidad.

Actualmente se reconoce que las políticas, leyes y programas destinados a influir en la fecundidad son parte integras de los esfuerzos encaminados a promover el desarrollo social y económico. Dicho reconocimiento se firmó en la Conferencia Internacional de Población celebrada en la Ciudad de México, en agosto de 1984. En la conferencia, 147 gobiernos expresaron, por concenso, su apoyo a los programas de organismos voluntarios que ayudan a los individuos a regular su fecundidad.

Los gobiernos mencionan por lo menos cuatro razones diferentes, debido a los cuales se presta mayor atención a las políticas que influyen en la fecundidad y en la planificación de la familia. Dichas razones son el deseo de contener el crecimiento de la población a fin de lograr los objetivos del desarrollo nacional, la preocupación por la salud materno-infantil, el apoyo al derecho humano básico de determinar el tamaño de la familia y --

equidad en la provisión de servicios de salud. 3/

En el decenio transcurrido entre la conferencia -- mundial de Población de Bucarest en 1974 y la conferencia internacional de población, celebrada en la Ciudad de México, en 1984, la preocupación causada por el crecimiento y la distribución de la población se ha expresado en numerosas formas diferentes, ya que ambas aprobaron reafirmar enérgicamente la necesidad de la legislación y políticas nacionales en tres campos críticos: políticas integradas de población y desarrollo, programas ampliados de Planificación Familiar, de salud y mejoras en la condición de la mujer. En cada uno de dichos campos las recomendaciones reflejaron no solo un decenio de cambio en la legislación y las políticas sino también una mayor conciencia de la necesidad de nuevas leyes y políticas.

Con respecto al papel de los programas de Planificación Familiar se señaló en las recomendaciones que "Los gobiernos deben con carácter de urgencia proporcionar información, enseñanza y medios a todos los sectores de la población a fin de ayudar a las parejas y a los individuos a tener el número deseado de hijos". Se hizo hincapié 3/ Population Reports. Legislación y Políticas que influyen en la fecundidad un decenio de cambios. Serie No.7 México, 1980. Pag. E 3

pié en la prestación de servicios específicos, la información, la investigación y las necesidades administrativas de los programas de Planificación Familiar y en particular la necesidad de la amplia participación local y comunitaria. 4/

Las actividades de Planificación Familiar en México se iniciaron en 1967, mediante un programa denominado Investigación de la Regulación de la Fertilidad con el uso de productos hormonales anticonceptivos. En agosto de 1972 la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva formuló un programa de Planificación Familiar voluntaria, en respuesta a la demanda de mujeres con alto riesgo materno fetal y abortos inducidos, durante el año de 1974 se amplian los servicios de Planificación Familiar en todo el país y a las unidades médicas de campo y solidaridad social. En apoyo de las cuales se inició la capacitación de parteras empíricas en atención materno-infantil y Planificación Familiar. 5/

Durante el año de 1977 las instituciones de salud y seguridad social participaron en la elaboración del plan nacional de Planificación Familiar y del programa --
4/ Ibidem; Pag. E 8
5/ Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Datos Estadísticos de las Actividades de Planificación Familiar. ---
I.M.S.S., México, 1981.

respectivo siendo aprobado por el presidente Lic. Luis --
Echeverría Alvarez en el mismo año.

5. EMBRIOLOGIA DE LOS ORGANOS FEMENINOS DE LA REPRODUC---
CION.

Un embrión de 6 semanas de edad ya rebela la ini--
ciación de los oviductos primitivos (conductos de Muller)
destinados a formar las trompas de falopio, útero, cérvix
y parte de la vagina. Estos nuevos conductos se desarro--
llan en el mesénquina dorsolumbar, precisamente junto a -
las estructuras mesonéfricas y avanzan paralelos y por --
fuera de los conductos mesonéfricos o de Wolff. Los ovi--
ductos primitivos se dirigen cauda y ventralmente para --
convergir y terminar cerca de la cloaca. Sus porciones -
cefálicas se convierten en las trompas de falopio con co--
municación a la cavidad peritoneal. Estos extremos supe--
riores se distinguen frecuentemente por la persistencia -
de un quiste (hidátide de Morgani) adherido a una franja
tubaria. Las porciones caudales de los conductos se fu--
sionan en la línea media y se forma un conducto central -
para originar el útero, cérvix y a los dos tercios supe--
riores de la vagina. El tercio inferior de la vagina se
desarrolla concomitantemente, como una invaginación de la

porción inferior del seno urogenital. Los conductos mesonéfricos desaparecen dejando solamente, como vestigios el epoófero y el paraoófero en el espesor del mesovario.

El útero, la cérvix y la vagina superior son inicialmente sólidos posteriormente se tabican. La cérvix es la primera en perder su tabique longitudinal seguida por la vagina. El útero deja de estar tabicado entre el 4o. y 5o. mes. La falla total o parcial de la desaparición del tabique origina tabique anormales que se encuentran tarde en la vida.

Los conductos wolffianos continúan distalmente desde abajo de la pared vaginal anterolateral hasta el introito

Los quistes paraováricos y los vaginales de Gardner constituyen neoplasma benigna de origen de los conductos de Wolff, que pueden ameritar escisión. La atrofia de los conductos de Wolff procede según la herencia genética determinada en el momento de la fertilización y por la estimulación normal endógena y exógena. Normalmente la mayor parte de estas estructuras no esenciales se obliter.

Origen de las gonadas

Entre la 5a. y 6a. semanas de la vida embrionaria, se forman dentro de la cavidad celómica, en la región dorso-lumbar, los surcos genitales derecho e izquierdo. Estos crecimientos se localizan por dentro del mesénquima mesonéfrico de ambos lados. Las porciones cefálicas de estos surcos van a originar las gónadas. Finalmente, los surcos genitales se separan del mesonefros. En el epóforo pueden quedar permanentes algunos túbulos mesonéfricos. La cavidad celómica está recubierta por células planas de origen mesodérmico, que también tapizan a estos surcos. Conjuntamente con estos cambios, se observa la migración de las células germinales primordiales del saco vitelino, a través del mesenterio dorsal, hacia el surco genital. Mientras tanto, aparecen dentro de la substancia de la gónada primitiva, columnas interrumpidas de células parcialmente diferenciadas (cordones de Waldeyer) que más tarde se canalizan (tubulos de Pfluger), como un crecimiento inferior de las células superficiales.

Etapas indiferente o neutra

Antes de la 6a. - 7a. semanas después de la vida--

ción, las gónadas son sexualmente indiferentes. Poco después se manifiesta la determinación por herencia cromosómica, según la cual, del estado epiceno se definirán como masculinas o femeninas. Las hormonas sexuales, endógenas y exógenas, estimulan o retardan el desarrollo genital -- completo del embrión o feto.

Etapas de diferenciación ovárica.

Si el producto está destinado a convertirse en una mujer, las células sexuales parecen organizar, durante la 8a. semana, a los elementos mesenquimatosos de la gónada. Se forman grupos de células pequeñas y moderadamente diferenciadas que corresponderán a las células granulosa rodeando a una o más células germinativas primordiales. En el estroma, células aún menos diferenciadas se transforman en las células tecales y los elementos completamente indiferenciados se mantendrán dentro de la serie de tejido conjuntivo. Las columnas de Waldeyer, como sus sucesoras los túbulos de Pfluger, participan en el desarrollo del testículo, pero no del ovario. De estas estructuras pueden subsistir vestigios en la mujer, como agrupaciones celulares raras, o tumores ováricos raros como el adenoma de Pick. 6/

6. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS ORGANOS INTERNOS DE LA -
REPRODUCCION.

Los genitales internos, comprenden la vagina, el útero, las trompas de falopio y los ovarios. Su inspección requiere instrumentos especiales y los órganos intra abdominales solamente pueden ser visualizados mediante la parotomía, laparoscopia o culdoscopia.

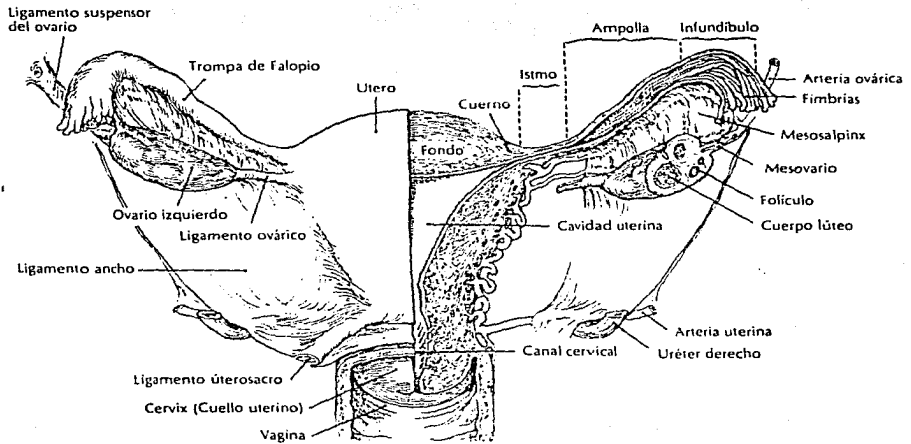


Figura 1. Vista posterior del tracto reproductivo femenino. A la izquierda pueden verse los ligamentos que sostienen el útero, la trompa de Falopio y el ovario. A la derecha, se presenta un corte del útero y de sus órganos anexos que muestra el abastecimiento de sangre y la estructura interna.

GENITALES INTERNOS

VAGINA

Descripción macroscópica.

La vagina es un canal muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cm. de largo y con un diámetro aproximadamente de 4 cm. Se extiende del introito al cérvix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. El cérvix hace prociencia varios centímetros en la porción superior de la vagina dando lugar a unos recesos, los fondos de saco. Siendo el labio cervical posterior más largo que el anterior, resulta el fondo del saco vaginal posterior más profundo que el anterior. El diámetro de la vagina y todos los fondos de saco, especialmente los laterales, se vuelven más superficiales durante el climaterio.

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

El periotoneo del fondo de saco retrouterino (bolsa de Douglas) y el fondo de saco vaginal posterior, se corresponde en la porción más alta de este último, lo que representa un detalle de importancia quirúrgica.

Histología

La vagina esta revestida por epitelio escamoso estratificado, el cual es grueso y está plegado transversalmente en la mujer nulípara. Muchas de estas rugosidades se pierden a consecuencia de los partos vaginales repetidos y después de la menopausia. Normalmente no se encuentran glándulas en la vagina.

Inervación e irrigación

Los nervios de la vagina proceden del punto interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal, rama de la hipogástrica, irriga a la vagina en gran parte, pero también recibe estas ramas de la vesical inferior de la hemorroidal media y de la pudenda interna. Las venas vaginales drenan a las venas pudendas, a las hemorroidales externas y a las uterinas.

El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los cambios linfáticos inguinales superficiales: el de la porción superior deriva a los ganglios linfáticos externos e hipogástricos. Estas anastomosis tienen importancia para la propagación de las infecciones vulvovaginales y del cáncer.

Importancia clínica.

El flujo vaginal (leucorrea) es común y pueden obedecer a causas locales o generales. Las infecciones del sistema genital inferior son la causa más frecuente del escurrimiento; otras causas son la depleción estrogénica (vaginitis senil o atrófica) y los estímulos estrogénicos o psíquicos.

El carcinoma de la vagina es muy raro; en cambio, las metástasis carcinomatosas son frecuentes, especialmente por extensión del cáncer cervical.

CERVIX
(Cuello uterino)

Aspecto macroscópico

La cérvix del útero fuera de la gestación es de -- forma cónica y moderadamente firme, de 2 a 4 cm. de largo y de un diámetro externo aproximado de 2.5 cm. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad la cérvix es supravaginal y está anteriormente en íntima relación - con la vejiga.

La mayoría de las deformaciones cervicales provienen de laceraciones obstétricas. El orificio externo del cuello inferior de 1 cm. puede tornarse muy amplio a consecuencia de dichos desgarros. Aún en ausencia de deformaciones, es costumbre referirse a un labio anterior y a otro inferior de la cérvix.

El cuello está sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt).

Histología.

La porción vaginal de la cérvix está cubierta por células escamosas estratificadas que por lo general terminan un poco arriba del orificio cervical externo. Las innumerables hendiduras, que otorgan a la cérvix una apariencia de panal al corte transversal, antes se suponían glándulas. Actualmente son consideradas como el resultado de repliegues de la mucosa secretoria cervical. Las fibras musculares del cuello se disponen en forma circular y están en relación con el resto del uterino.

Inervación e irrigación.

La inervación de la cérvix se hace a través de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto y del plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervicales, ramas principales de la circulación uterina, representan las vías de circulación fundamentales de la cérvix.

Importancia clínica.

El cáncer cervical es la neoplasia maligna femeni-

nas que ocupa el segundo lugar en frecuencia; el carcinoma de glándulas mamarias ocupa el primer lugar. La infección cervical es una causa principal de infertilidad. A menudo la leucorrea obedece a la inflamación de la mucosa secretoria cervical.

CUERPO Y FONDO DEL UTERO

Aspecto macroscópico.

El útero es un órgano musculoso con una cavidad -- central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entra la vejiga y el recto. Está conformado como -- una pera invertida. El útero ingrávido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm. de longitud y 4 cm. en su diámetro más grande. Las trompas de falopio se unen en -- ambos lados del útero, aproximadamente en la unión del -- tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones tubarias se denomina fondo del útero; por debajo de la inserción, se halla el cuerpo uterino, el cual se continúa hacia abajo, con el segmento supravaginal de la cérvix. En la mujer nulípara el cuerpo y la cérvix uterinos se dirigen hacia adelante, formando casi un ángulo recto en el eje lon

gitudinal de la vagina, pero en 25-35 % de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retroflexionado.

Exceptuando la porción anteroinferior que está cubierta por la vejiga, el cuerpo del útero está cubierto por peritoneo.

Sostienen el útero:

- 1.- Los ligamentos redondos musculosos (ligamentum teres) que se originan lateralmente en el fondo uterino y --terminando en los labios mayores.
- 2.- Los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis.
- 3.- Los ligamentos uterosacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que insertan en el periostio del sacro.
- 4.- Los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt).

5.- Los músculos elevadores del ano y la aponeurosis superyacente.

Histología.

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas y que son particularmente gruesas en el fondo uterino. Esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan. La cavidad del útero es pequeña y está revestida por el endometrio, que prolifera, sangra, descama y se regenera periódicamente durante la vida reproductiva.

Inervación.

Los impulsos nerviosos eferentes que llegan al útero, lo hacen a través de S2-S4. Los impulsos eferentes alcanzan el sistema nervioso central, siguiendo las raíces posteriores de D5-D12, LI y S2-S4, y conducen estímulos simpáticos.

Irrigación.

La circulación uterina se deriva de las arterias -

y venas uterinas y ováricas. Durante el embarazo, estos vasos anastomóticos se dilatan dentro del útero y se desarrolla una gran vascularización destinada no sólo al mismo útero hiperplástico e hipertrofiado, sino también a la placenta y al feto en desarrollo. Las fibras musculares contráctiles y entrelazadas son las responsables del control del sangrado uterino después del parto.

Linfáticos.

Embriológicamente, el sistema linfático uterino se deriva de conductos venosos. El drenaje linfático del útero se dirige hacia los ganglios (1) iliacos, (2) aórticos, (3) sacros y (4) inguinales. Sin embargo, los linfáticos del útero de los órganos vecinos se entrelazan permitiendo así un flujo en avance y retroceso.

Importancia clínica.

El útero puede sufrir una enorme expansión para acomodar a los productos de la concepción. Durante la gestación, aumenta su peso de un máximo de aproximadamente 90 g hasta cerca de 1 Kg. y su capacidad se eleva hasta más de 4,000 veces. Normalmente el huevo se implanta

en el endometrio y se desarrolla en la cavidad uterina en su etapa embrionaria y fetal. La expulsión del feto antes de 24 semanas de gestación se conoce como aborto, y presupone casi invariablemente la muerte del producto. Después de esta edad, se considera el feto viable y su supervivencia al nacer aumenta en proporción directa a la duración del embarazo.

Los tumores uterinos causan problemas ginecológicos tales como sangrado uterino anormal o dolor pélvico. Las anomalías del desarrollo son motivo de distocias obstétricas.

El cáncer del cuerpo uterino es la neoplasia maligna de los genitales femeninos más frecuentes después del carcinoma cervical. 7/

TROMPAS DE FALOPIO

(Trompas uterinas, oviductos)

La trompa de falopio, u oviducto proporciona un camino para el óvulo desde el ovario hasta el útero. Durante las 80 horas que generalmente demora el óvulo humano -

en trasladarse desde el ovario al útero (64), la trompa - suministra un medio nutritivo adecuado para sostener al - óvulo y al espermatozoide, facilitar su unión y mantener el desarrollo inicial del cigoto resultante. Las cilias (proyecciones de tipo piloso de las células epiteliales) que revisten el lúmen (pasaje abierto dentro de la trompa), las contracciones tubáricas, las constricción y el moco, todos actúan para regular el paso del óvulo que avanza hacia el útero y el espermatozoide, que se mueve en dirección contraria.

La trompa de falopio del ser humano tiene una longitud promedio de 11 cm. Puede ser de 6 cm. o tener hasta 15 cm. La trompa se contrae y se alarga durante el ciclo menstrual y durante el post parto inmediato es más larga que en otros momentos. El extremo de la trompa que se abre dentro del útero es el extremo proximal (es decir, más cercano a la línea media del cuerpo) y el que da a la cavidad pélvica, cerca del ovario, es el extremo distal (lejos de la línea media). La trompa está incluida en una porción del ligamento ancho que se conoce como mesosalpinx. Debido a que la trompa es ligeramente más larga que la porción de mesosalpinx en que está ubicada, tiende a ser un poco enrollada.

En la trompa existen cuatro porciones. En el extremo distal, el infundíbulo, de aproximadamente 2 cm. de largo, es la porción de la trompa que tiene forma de trompeta que finaliza en la fimbria, la cual se abre hacia la cavidad abdominal cerca del ovario. El infundíbulo, se une a la ampolla, un segmento de 5 a 8 cm. de longitud y a veces se le considera parte de ella. A continuación de la ampolla está el istmo, de cerca de 2 a 3 cm. de largo, que a su vez conduce a la porción intramural, o intersticial, la cual constituye el segmento de la trompa incluido en la pared del útero. Esta parte de la trompa tiene generalmente de 1 a 3.5 cm. de longitud, dependiendo del curso que tome a través de la pared uterina.

En el momento de la ovulación, la fimbria y las numerosas ciliias que posee y el infundíbulo aumentan la frecuencia de su actividad, atrayendo así al óvulo hacia la trompa de falopio. Además, durante la ovulación las células secretorias, que se han vuelto más altas durante la primera fase del ciclo menstrual, se rompen y liberan líquidos dentro de la trompa que incluyen nutrientes para sostener al óvulo y al espermatozoide.

La ampolla tiene una pared muscular delgada, com--

puesta de una mezcla de fibras longitudinales y circulares y una capa de mucosa bien desarrollada que consiste en células ciliares y secretorias. El lumen de la ampolla varía en diámetro, desde 2 cm. en el extremo distal a 2 - 3 mm. o menos en el extremo proximal, donde se une al istmo. Las ciliias, que abarcan la mitad de las células epiteliales de la ampolla, impulsan hacia el útero, junto con el flujo de líquido y las contracciones musculares, la vibración de las ciliias puede ser responsable del transporte del óvulo en la ampolla.

El óvulo pasa cerca de 72 horas en la ampolla antes de entrar al istmo, como lo demuestra el trabajo de Héctor D. Croxatto y sus colegas. Durante este tiempo, el endometrio del útero se desarrolla para facilitar la implantación de un óvulo fertilizado. El espermatozoide también debe pasar un tiempo en el tracto reproductivo femenino para hacerse apto, es decir, capaz de penetrar la superficie del óvulo.

En el istmo, el óvulo no puede avanzar más debido a la estrechez del lumen, que se llena de moco en el momento de la ovulación. El moco facilita el movimiento de los espermatozoides al tiempo que inhibe la vibración de

las ciliias y evita que el óvulo entre al istmo. El istmo tiene un lúmen angosto, que va disminuyendo hasta llegar a 400 u. en su sección media y una capa muscular gruesa con tres componentes distintos:

- 1.- Una porción interna, con fibras musculares que se extienden en forma lingitudinal, que se adelgaza y desaparece a aproximadamente 2 cm. de la unión uterotubé-rica.
- 2.- Una porción media, circular.
- 3.- Una externa, longitudinal.

Las tres porciones son más gruesas en la parte media del istmo y más delgadas hacia la ampolla. El istmo tiene una capa de mucosa relativamente delgada, con menos células ciliadas que la ampolla.

Después de la ovulación (alrededor del día 8 del ciclo), la actividad de las células secretorias del istmo disminuye, bajo la influencia de las hormonas ováricas. - El moco se aclara y el istmo parece haberse dilatado. -- Además, después de la fecundación, se disuelve la acumulación de masa de células foliculares que rodean al óvulo.

Estos cambios facilitan el paso del óvulo fecundado a través del istmo, que es estrecho.

La porción intramural tiene una estructura muscular similar a la del istmo y el diámetro del lumen también es semejante. En la mayoría de las trompas el curso de la porción intramural incluye por lo menos una vuelta en ángulo recto o varias espirales.

Algunas de las funciones de las trompas de falopio son redundantes. Puede ocurrir un embarazo aún cuando la fecundación tubárica esté considerablemente alterada -- ni la actividad muscular ni la vibración ciliar son absolutamente necesarias para el transporte del óvulo. La investigación actual sugiere que pueden necesitarse sólo -- tres condiciones para asegurar alguna posibilidad de embarazo cuando se reparan las trompas:

- 1.- Trompa suficiente para llegar desde el ovario al útero.
- 2.- Función tubárica suficiente para demorar al óvulo, -- hasta que el endometrio esté listo para la implantación.

3.- Suficiente mucosa en la trompa para producir los líquidos que faciliten y regulen el movimiento del óvulo y el espermatozoide. 8/

Importancia clínica.

El óvulo es fecundado en la trompa y después de -- 3 ó 4 días de tránsito por el conducto, se implantan en el endometrio. En caso de oclusión completa de los oviductos, la concepción resulta imposible. Si la oclusión es parcial, puede detenerse el óvulo fecundado, en la --- trompa, dando lugar a un embarazo tubario. La infección de las trompas (salpingitis), con cicatrices adherencia-- les, oclusión e infertilidad, es una secuela común de --- abortos sépticos o de gonorrea. El carcinoma de la trompa es raro.

OVARIOS

Aspecto macroscópico.

Los ovarios o gónadas femeninas son un par de órga--
nos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos, con dimen--
8/ Population Reports. Recuperación Quirúrgica de la Fe--
cundidad. Serie C No. 8. México, 1987, Pag. C 8-9

siones aproximadas de 1.5 X 3 X 3.5 cm. localizado en la p elvis verdadera. En la nulípara guardan una posición - casi vertical y están contiguos al peritoneo de la pared lateral pélvica, en una depresión suave que es la fosa - ovárica. Esta pequeña excavación está limitada:

- 1.- Hacia adentro por el cordón fibroso correspondiente a la arteria umbilical obliterada.
- 2.- A los lados, el uréter y los vasos uterinos.
- 3.- Hacia abajo, por el nervio obturador y sus vasos satélites.

El pabellón tubario se enrosca y cubre habitualmente el extremo superior del ovario.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la p elvis por el mesovario, que pertenece a la aleta posterior del ligamento ancho. El mesovario no rodea o cubre el ovario, sino que se funde con su capa epitelial superficial. También está en relación con el útero por el ligamento uteroov arico, que es una banda fibrosa que ocurre en el espesor del ligamento ancho.

Histología.

El ovario está constituido de una célula germinal (óvulo) que contienen corteza y médula vascular. La corteza o capa periférica del ovario representa de la tercera parte a la mitad del grosor del órgano y está recubierta por una capa única de células cuboides, falsamente llamado epitelio germinal, debido a que no proviene de este tejido. El estroma cortical está compuesto por células fusiformes o avenadas características, que rodean a numerosos y pequeños espacios vesiculosos (folículos de De Graaf), situados en forma variable. La mitad o los dos tercios centrales del órgano corresponden a la zona medular del ovario, la cual está desprovista de folículos, pero contiene un estroma laxo y rica vascularización.

La corteza del ovario del recién nacido posee miles de óvulos en diferentes estados de desarrollo. Antes de la pubertad cada óvulo se rodea de una capa simple de células epiteliales y se denomina folículo primordial y óvulo. Estos folículos, con diámetro aproximado de 0.25 mm, contienen una célula sexual bien desarrollada, grande y excéntrica, de núcleo granular hiper cromático. La capa epitelial está formada de células pequeñas, apla-

nadas e hiper cromáticas. Circunda al óvulo una cavidad de líquido seroso claro (liquor folliculi).

Después de la pubertad, los folículos primordiales pueden convertirse en folículos vesiculares o de De Graaf, bajo el estímulo de la hormona gonadotrópica. Las hormonas gonadotrópicas estimulan algunos folículos en forma cíclica, iniciando la producción ovular de tal manera, que cada mes aproximadamente madura un óvulo. Las células foliculares, originalmente aplanadas se vuelven cuboides y más numerosas. A medida que se multiplican, se ordenan en dos capas: La túnica (antes teca) interna, que es la capa vesicular profunda y la (túnica) externa, formada de células planas más pequeñas. Rodeando por completo al óvulo y recubriendo la cavidad o antro folicular, se disponen las células granulosas (capa granulosa). El líquido folicular (liquor folliculi), contiene estrógenos en grandes concentraciones, producidos por las células foliculares.

Alrededor de una vez por mes, se inicia el desarrollo de un pequeño número de folículos, pero únicamente 1 ó 2 folículos de De Graaf logran su desarrollo completo y se rompen permitiendo la salida del óvulo. El -

folículo vacío ahora llamado cuerpo lúteo (corpus luteum) produce estrógenos y progesterona. Aquellos folículos - que sólo lograron una maduración parcial y que aún conservan óvulo, degeneran y desaparecen (atresia).

En caso de haberse producido embarazo, el cuerpo - lúteo crece y aumenta su producción de hormonas esteroi--des sexuales. Pero de no efectuarse la concepción se convierte en una masa hialina llamada cuerpo albicante. La - vascularización del ovario en la edad adulta es muy rica, de tal manera que la irrigación de los folículos en madu--ración es muy generosa. En el climaterio, el ovario se - vuelve menos vascularizado y más denso.

Inversión y circulación.

Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensor del ova--rio), entran y salen del hilio a través del mesovario. - Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente después de las renales, se anastomosan por numerosas - ramas con las arterias uterinas. Una red venosa incluida en el mesovario (plexo pampiniforme), envía su sangre a - las venas uterinas y ováricas. La vena ovárica derecha -

desemboca en la vena cava inferior, en tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo lado.

Nervios provenientes de las raíces dorsales de D10 y L1, así como fibras simpáticas hipogástricas y lumbares, acompañan a las arterias y venas.

Los linfáticos del ovario se unen con los uterinos para drenar en los ganglios iliaco y aórticos.

Importancia clínica.

El ovario desempeña numerosas funciones. Es un depósito de células sexuales primordiales, la aportación cromosómica de la mujer en la procreación. En los casos de disgenesia ovárica (agenesia ovárica de Turner) no existen óvulos primordiales y la mujer es estéril.

El ovario es el órgano para la reproducción, la maduración y la expulsión mensual de óvulos maduros durante la vida reproductiva. La esterilidad puede ser consecutiva a una falla de maduración ovular; como sucede en casos de trastornos de las fases del ciclo menstrual y en la retención de un óvulo maduro (óvulo cautivo) en un folículo

primario que no estalla, por la presencia de adherencias a estructuras vecinas o por el engrosamiento de la túnica albugínea del ovario a consecuencia de una periooforitis.

La producción de hormonas esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos) por el ovario, en cantidades determinadas, es indispensable para el crecimiento, desarrollo y función femeninos normales. Así, el hipoestrinismo en la niñez produce enanismo, falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y detención de la menstruación en la pubertad, así como esterilidad y la sintomatología propia del climaterio de la mujer adulta. 9/

7. SALPINGOCLASIA Y SALPINGECTOMIA. CONCEPTOS

Salpingoclasia.- Operación quirúrgica en la que se liga a la trompa de falopio que el óvulo se encuentre con el espermatozoide.

Salpingectomía.- Es la resección del oviducto distal a una sutura absorbible colocada cerca del útero.

9/ Benson Ralph. Op. cit., Pag. 12-14.

8. TECNICAS QUIRURGICAS PARA EFECTUAR SALPINGOCLASIA

Esterilización por laparoscopia.

Es la combinación de dos procedimientos: laparoscopia y esterilización tubaria ambos ideados con propósitos definidos: Laparoscopia, es por definición un exámen endoscópico del interior de la cavidad peritoneal por medio de un laparoscopio introducido a través de la pared abdominal. Utilizando instrumentos especialmente diseñados - que incluyen un laparoscopio con iluminación por fibras ópticas donde observar directamente dentro de la cavidad abdominal y cortar y obstruir las trompas de falopio haciendo solo una o dos pequeñas incisiones.

Fallas:

- Embarazo no diagnosticado.
- Confusión de un ligamento redondo con la trompa.

Contraindicaciones:

- Enfermedades cardíacas, pulmonares.
- Infección externa antigua o presente.
- Cicatrices abdominales.
- Hernia diafragmática abdominal o umbilical, hiatal --

- Obesidad excesiva.
- Adherencias abdominales.
- Inflamación pélvica aguda o crónica.
- Post partos, pacientes con toxemia, diabetes, epilepsia.

Complicaciones:

- Embolia pulmonar.
- Arritmias cardíacas.
- Efisema.
- Perforación del útero o de órganos.
- Quemaduras locales y hemorragias. 10/

Esterilización por Minilaparotomía

Procedimiento mediante el cual se hace una pequeña incisión de 2.5 cm. a 3 cm. de largo en la parte inferior abdominal (suprapúbica), minipalando el útero hasta tener a la vista las trompas de falopio, se puede efectuar con anestesia local.

Esta pequeña incisión permite la directa visualización de las trompas de falopio las cuales se sacan a través de la incisión para su ligadura u otras técnicas ocu

10/ Population Reports. Esterilización Laparoscópica. Serie C No. 1. México, 1973 pag. C 3 a C 15.

oras con habilidad quirúrgica se puede efectuar esta operación de 10 a 30, minutos y la paciente se recupera de 1 a 4 horas.

Se puede realizar después del parto y la paciente de intervalo.

La oclusión tubárica se puede hacer por 4 métodos:

- Técnica de Pomeroy.
- Ligadura Madlener.
- Extirpación de la porción ampular del conducto.

Contraindicaciones:

- Adherencias debidas a endometriosis.
- Enfermedad pelviana inflamatoria
- Infección local
- Embarazo
- Anexitis
- Obesidad excesiva

Complicaciones:

- Perforación uterina
- Hematoma subcutáneo
- Absceso subdérmico

- Hemorragia.
- Lesión de la vejiga.
- Lesión accidental de intestinos. 11/

Colpotomía:

Es la insición a través de la vagina en el fondo - de saco o bolsa de Douglas, situado entre la parte anterior del recto y la parte posterior del útero para así vi sualizar las trompas de falopio.

Se emplea como procedimiento intermedio, lejos del embarazo, o en la primera parte del ciclo menstrual para disminuir el riesgo de hemorrágia, para no correr el ries go de intervenir a una paciente embarazada, 6 semanas des pués del parto 3 ó 4 meses después, (ya que, posterior -- al parto el útero queda agrandado y es difícil alcanzar - las trompas). Se utiliza anestesia local.

Contraindicaciones:

- Utero fijo en posición antevertido.
- Infección.
- Masa ó tumores anexiales.

11/ Populati6n Reports. Esterilizaci6n Mediante Minilapa-
rotomía. Serie C No. 6, México, 1976. Pag. 2 a 7

- Adherencias.
- Obesidad externa.
- Vagina estrecha o profunda, ó estenótica.

Indicaciones:

- Utero de tamaño normal, retrovertido.
- Anexos sanos y no adheridos.
- Fondo de saco Douglas libre.
- Vagina relajada de múltipara.
- Conducto genital en buen estado.
- Cirujano capacitado.

Complicaciones:

- Dispareunia.
- Granulación anormal de la pared vaginal o adherencias peritoneales alrededor del útero.
- Adherencias o sensibilidad extrema en torno al fórnix posterior de la vagina aproximada a una tercera parte, con dispareunia.
- Fiebre leve.
- Dolor e infección local, abscesos, lesiones rectales, salpingitis.
- Tromboembolia pulmonar, lesión del cuello uterino, desgarramiento, hemorragia ovaria y peritonitis.

Culdoscopia.

Se observa la cavidad pélvica con un instrumento óptico llamado culdoscopio el cual se introduce a través del fornix vaginal posterior y dentro del fondo del saco de Douglas y al mismo tiempo se emplea un segundo instrumento para sacar los oviductos a través de la incisión en visión directa para efectuar la ligadura u otros métodos de oclusión tubaria. Cualquiera método de oclusión tubaria puede usarse con la culdoscopia se ha usado la fimbriectomía y la ligadura por la técnica de Pomeroy.

Indicaciones:

- Se efectúa de preferencia como un procedimiento a intervalo por lo menos de 5 a 6 semanas después del parto, ó 2 a 4 semanas después del aborto.

Contraindicaciones:

- Enfermedades inflamatorias pélvicas.
- Anemia.
- Desnutrición.
- Infección local de vagina cérvix.
- Saco de Douglas fijo.

- Estado inmediato al post parto.
- Obesidad excesiva.
- Endometriosis.
- Fibromas malignos en p elvis
- Enfermedad cardio-respiratoria aguda.
- Adherencias externas.

Complicaciones Trans Operatorias:

- Perforación rectal.
- Shoch.
- Hipotensión.
- Apnea (irregularidades respiratorias).
- Punción incompleta del saco de Douglas.
- Separación incompleta de las dos capas del saco de Douglas.
- Sangrado.
- Embolio por absorpci n de aire en la cavidad p el- vica.

Complicaciones Post Operatorias:

- Dolor de hombro.
- Dolor abdominal.
- Infección.
- Tejido de granulación en el sitio operatorio.

Fallas 0 y 2 %:

- Embarazo.
- Una falla en la ligadura resulta de la sutura -- que corta a través del oviducto es absorbida a -- través del oviducto, antes que se hayan formado el tejido cicatrizal, permitiendo que se reconecten los extremos del oviducto. 12/

Esterilización Tubaria:

Revisión de Métodos.

La amplia demanda por procedimientos de esterilización simples, eficaces y económicos que puedan ser efectuados en pacientes ambulatorios, ha llevado a desarrollar nuevos métodos.

El invento de instrumental tal como endoscopios -- que permiten actualmente una variedad de planos de aproximación a los oviductos, han contribuido al desarrollo de nuevos métodos de oclusión tubaria. Como resultado la incisión tradicional de un tamaño considerable ha sido reemplazada por una incisión muy pequeña o punción laparoscopia laparoscopia y mediante acercamientos transvaginales (colpotomía, culdoscopia), las cuales no requieren incisión.

Estas vías de abordaje permiten la oclusión de cualquier parte de las trompas de falopio. La selección de la vía de abordaje y de la técnica de oclusión tubaria depende del conocimiento en cuanto a la seguridad y eficacia de cada uno de los métodos.

Aunque se han logrado grandes adelantos en el conocimiento de la fisiología del oviducto y en la ingeniería biomédica, se requieren más investigaciones para determinar la practicabilidad, efectividad y aplicabilidad de -- los nuevos métodos de oclusión tubaria.

Ligadura Simple.

Ligadura simple se efectua muy raramente debido a un alto índice de fallas. Se utiliza el anillo de Yoom - (anillo de caucho), desarrollado por Yoo, pequeña rueda - de 1 mm. de diámetro, este anillo recupera su forma y tamaño normal del 9 al 100 % después de su aplicación, si - no, se estira más de 6 mm. Puede colocarse en oviducto - mediante varios procedimientos.

Los acercamientos endoscópicos requieren mayor --- adiestramiento y pericia que las otras técnicas, mientras que la mayoría de los acercamientos transcervicales aún se consideran experimentales y son menos efectivas que los - abordajes efectuados con otros métodos. Igualmente el -- cauterio y algunas sustancias químicas están asociadas a índices más altos de lesión a estructuras, adyacentes a - los oviductos que la ligadura. Los procedimientos efec--

tuados a través de la colpotomía están asociados con una tasa de infección más alta que la de los acercamientos ab dominales. Finalmente los métodos que interrumpen y cortan a través de los oviductos están asociados con una morbilidad más alta que aquellos en que se mantiene la conti nuidad del oviducto.

Las comparaciones sobre la efectividad de los diversos procedimientos de oclusión tubaria son difíciles de realizar, no hay suficientes datos para comparación sólo se pueden hacer aproximaciones estimadas basadas en infor maciones publicadas. El anillo fué desarrollado para eli minar los peligros del electrocauterio y al mismo tiempo proveer un método simple de oclusión tubaria. Una vez -- que el anillo ha sido colocado en la base de un asa del -- oviducto, con la ayuda de un amplificador especial, el -- asa del oviducto se bloquea a medida que el suministro -- sanguíneo se detiene y eventualmente sufre fibrosis.

Ventajas:

Simple de ejecutar, baja morbilidad, alto poten-- cial a la reversibilidad.

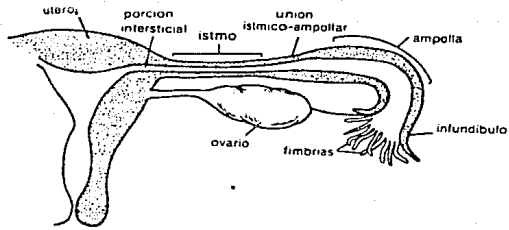


Fig. 1. Anatomía de la trompa de Falopio en relación al útero y al ovario.

Ligadura y aplastamiento.

Técnica Madlener.

Al igual que la ligadura simple, el índice de falla es mayor que el de aquellas técnicas en las que se interrumpe la continuidad tubaria.

En la técnica Madlener, la sección media del tubo se levanta para formar una asa cuya base se aplasta con grapa y se liga con material de sutura no absorbible. --- (En una modificación de esta técnica, adaptada por algunos cirujanos se corta la parte superior del asa). La -- técnica de Madlener puede ser efectuada por laparoscopia pero este procedimiento requiere pericia endoscópica y un alto grado de habilidad para el manejo del instrumental.

Las fallas resultantes de la ligadura de Madlener, probablemente se deben a la reanastomosis y a la regeneración de tejidos en la porción aplastada del oviducto el - índice de falla varía de acuerdo a la vía de abordaje usa

da. Esta permanece baja en laparotomía y culdoscopia pero aumenta en la colpotomía. Se han reportado índices de falla que fluctúan entre el 1 y 2 %.

Ventajas:

Baja morbilidad, puede efectuarse mediante una variedad de vías de abordaje.

Desventajas:

Índice de falla variable dependiente de la vía de abordaje usada.

Ligadura, división y ocultamiento.

Este procedimiento incluye la división del oviducto y el ocultamiento de los muñones son casi 100 % efectivos.

Técnica Irving.

Requiere más tiempo para efectuarla que la mayoría de los procedimientos de oclusión tubaria, la técnica de

Irving es altamente efectiva. Los conductos se dividen entre las dos ligaduras absorbibles y muñón próximo. Se han reportado fallas del 0.5 %.

Ventajas:

100 % efectivo.

Desventajas:

Efectuado mediante laparatomía, requiere insición abdominal y hospitalización, mas complicado que muchos procedimientos de ligadura, muy poca potencia de reversibilidad.

Técnica Wood.

Requiere alta habilidad quirúrgica pero es altamente efectiva y es potencialmente reversible incluye la división de la porción ampular del conducto ligadura con suturas absorbibles de los extremos distales cortados y --- ocultamiento del muñón medio en una cavidad hecha en el mesosalping (Porción del peritonio que cubre el tubo).

Es potencialmente reversible ya que: El oviducto - no se extirpa, háy mínima interferencia entre el suministro sanguíneo y nervios del conducto.

Ventajas:

Altamente eficaz, potencialmente reversibles.

Desventajas:

Requiere alta habilidad quirúrgica.

Ligadura y resección.

Los procedimientos que incluyen la ligadura y re--sección (Remoción de un segmento del oviducto) son más fá--ciles de efectuar y por consiguiente, son usados más am--pliamente que aquellos que requieren el ocultamiento de - los muñones.

Aquí ofrece pocas probabilidades de reversibilidad y está asociado a morbilidad más alto se efectuan vía abdominal o vaginal.

Ventajas:

Eficaz, falla del 0 a 1.9 % efectuada vía abdominal o vaginal.

Desventajas:

Irreversibles.

Fibriectomía:

Es la resección del extremo fimbrial del oviducto (puede ser efectuada por vía vaginal o abdominal, como -- procedimiento de intervalo). Consiste en la colocación -- de una doble ligadura de seda cerca del tercio distal del oviducto y extirpación del extremo fimbrial a pesar del tratamiento de la parte distal del oviducto, no hay inter -- ferencia con el suministro sanguíneo del ovario.

Puede complementarse con la técnica de Uchida, pa -- ra prevenir fallas en recanalización asociada la fimbriec -- tomía post parto.

Técnica Uchida.

El extremo distal cortado del tubo se cubre con la serosa membrana muy delgada obteniendo de esta forma un bloqueo adicional al espermatozoide o a los óvulos.

Ventajas:

Con el 100 % efectividad, como procedimiento a intervalo, se efectúa fácilmente por vía vaginal o abdominal.

Desventajas:

Menos efectiva cuando se efectúa por vía abdominal post parto.

Ligadura, resección y ocultamiento.

Los procedimientos de ligadura que requieren ocultamiento en los extremos seccionados del oviducto son más difíciles de efectuar que la simple ligadura división o extirpación, las técnicas de ligadura doble resección y ocultamiento que se practican son:

Resección del cuerno .

Consiste en colocar una ligadura absorbible cerca de la unión utero tubaria seccionar el conducto cercano - a la ligadura seccionada del mesosalpinge y luego remover 1 cm. del oviducto. Después de extirpar una porción del miometrio circulante para así prevenir endometriosis y embarazo ectópico, el extremo cercano al segmento distal -- del oviducto se oculta en el ligamento ancho.

Ventajas:

Sólo se expone una pequeña porción del oviducto -- produciendo así una interferencia mínima en el ligamento ancho o el suministro de sangre del ovario.

Desventajas:

Sangrado profuso usualmente del oviducto, alto --- riesgo de adherencias post operatorias, imposibilitada de reversión requiere la paratomía.

Técnica Uchida.

Requiere sacar el oviducto a través de una pequeña insición suprapúbica de 1 cm. se inyecta una solución espinefrina, solución salina 1.1000 debajo de la serosa en la ampolla del oviducto, la cual produce espasmo vascular local y distiende el mesosalping separando así la superficie serosa de la porción muscular del oviducto. La serosa se secciona y se levanta, se corta un segmento de -- 5 cm. del oviducto proximal, el muñon corto se liga con sutura no absorbible y se remueve un segmento del oviducto. Los muñones ligados se ocultan automáticamente dentro serosa seguidamente el borde de la serosa se junta al rededor del extremo distal del oviducto, y se liga con su tura de bolsa de tabaco, en forma tal que el oviducto que de proyectado hacia la cavidad abdominal.

Ventajas:

Altamente efectiva.

Desventajas:

Más complicada de efectuar que la mayoría de los -

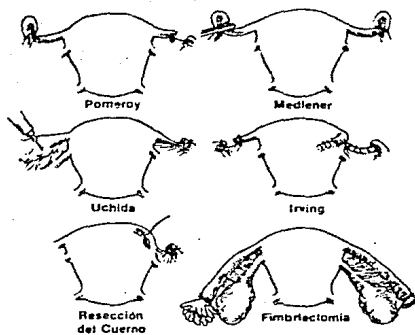


Fig. 2. Técnicas frecuentes de ligadura tubaria.

procedimientos de ligadura. 13/

Fulguración.

Electrocauterización de un segmento del oviducto. Generalmente se efectúa con un endoscopio insertado dentro del abdomen o culdoscopia.

Histeroscopia (Utero).

Usando un instrumento especial (pinzas de presión) se aplica energía en un pequeño punto sobre o dentro del oviducto mediante concentración de corriente eléctrica para cauterizar. Sin embargo, hasta la fecha no hay ninguna estandarización en cuanto a la clase y cantidad de corriente o lapso de tiempo en que debe ser aplicada para destruir el lumen tubárico.

Ventajas:

Efectiva, procedimiento en pacientes externas no requiere una incisión abdominal muy grande.

Desventajas:

Riesgo de quemaduras y lesiones de perforación a estructuras adyacentes, se requiere equipo especial fuente de electricidad, equipo de fulguración, equipo difícil de manejar.

Grapas.

Tantalio, resorte, plásticos.

El uso de grapas para la oclusión de las trompas de falopio están asociadas con baja morbilidad, son fáciles de aplicar por vía abdominal o vaginal y potencialmente la oclusión tubaria puede ser reversible.

Sin embargo, las grapas no son usadas tan frecuentemente como los Métodos de ligadura o de fulguración laparoscópica debido a la prevalencia de fallas reportadas incluyendo embarazos ectópicos (a pesar de las fallas los investigadores se vieron estimulados por el mínimo daño ocasionando a los tejidos).

- Las vías de abordaje utilizadas puede ser laparoscópicas.

tomía laparoscopia, colpotomía o culdoscopia. Se conside
ra especialmente el número de grapas aplicadas a la trom-
pa, el sitio de aplicación y el material utilizado para -
su fabricación.

El modelo más frecuentemente usado es de diseño --
simple con una superficie interior dentada para asegurar
su anclaje al oviducto.

Las tasas de falla son superiores al 10 % particu-
larmente en pacientes puerperas.

- Las fallas por lo general resultan cuando la gra
pa:

- a) Se sale del oviducto.
- b) Se abre un poco renovando la permeabilidad tuba
ria.
- c) Corta el oviducto a través, lo cual conduce a -
la recanalización.
- d) Se abre después de la presión producida por un

histerosalpingograma o una inyección de una ---
sustancia colorante para probar la oclusión --
tubaria.

- e) Embarazo ectópico, cuando una grapa se abre lo suficiente para permitir el paso del espermatozoide pero no el de un óvulo fecundado.

Ventajas:

Simple de diseño y aplicación, potencialmente reversible, posible utilización, utilizando distintas vías de abordaje.

Desventajas:

Elevada tasa de falla, riesgo de embarazo ectópico.

Compuestos Químicos:

a) Quinacrina

b) Nitrato de Plata

c) Silástico

d) Metil 2 cianocrilato (MCA)

e) Gelatina (GRF)

Resorcinol

Formaldehido

Varias sustancias químicas están siendo usadas experimentalmente para la oclusión de las trompas de falopio. Estas sustancias químicas tienen su efecto mediante la destrucción del revestimiento interior del oviducto con fibrosis subsecuente. Las sustancias químicas pueden ser introducidas a través del cérvix y aplicadas dentro de los oviductos en la unión utero tubaria bajo visión directa, vía abdominal o vaginal. La vía transcervical de acceso a la unión utero tubaria es usada más frecuentemente debido a que es la más simple de efectuar y no requiere insición.

Las sustancias químicas que no son suficientemente activas para causar fibrosis tubaria pueden lesionar -

el peritoneo o vísceras al contacto, si dichas sustancias entran al sistema vascular pueden vehicularse en los pulmones o en otros sitios lesionando los tejidos por consiguiente, las sustancias químicas tóxicas requieren un sistema de aplicación que impida el derrame extraperitoneal.

Ventajas:

Simples de administrar en pacientes ambulatorios.

Desventajas:

La mayoría no son eficaces después de una sola administración requieren que la mujer vuelva para otras aplicaciones.

Algunos son altamente tóxicos a los tejidos por consiguiente tienen el riesgo de lesionar estructuras cercanas.

Muchos requieren instrumental especial para su administración, la acción de muchas sustancias químicas es irreversible, no siempre se puede predecir la dosis requerida.

Tapones Sólidos:

a) Silástico sólido

b) Polietileno

c) Cerámica

d) Dacrón

e) Teflón

La consistencia de los tapones varía de suave a du
ra, pero debido a que son sólidos, éstos pueden ser inser
tados o extraídos directamente del extremo uterino o del
fimbrial del oviducto. Además de tener las propiedades -
ideales comunes a todos los agentes de oclusión tubaria,
los tapones deben ser:

1.- Compatibles con los tejidos.

2.- Poseer propiedades para su completa retención

3.- Ser removibles para la restauración de la fecundidad.

Ventajas:

Potencialmente reversible, posible aplicación por vía abdominal o vaginal.

Desventajas:

Requiere instrumental especialmente diseñado, se requiere mucha habilidad para su inserción vía laparoscopia.

9. OTROS METODOS DE OCLUSION TUBARIA.

Fimbriotexia.

Es la colocación de una cubierta o un capucho en el extremo fimbrial del oviducto para impedir que él tenga acceso al oviducto. Se han presentado adherencias densas en las que se usó dicha cubierta.

Ventajas:

Potencialmente reversible.

Desventajas:

· Adherencias post operatorias, requiere la paratomía, puede lastimar las fimbrias haciendo difícil la reversibilidad.

Laser.

El uso del laser de anhídrico carbónico para promover calor concentrado en un punto determinado del oviducto hasta provocar la destrucción, está siendo investigado actualmente, el rayo de luz eliminaría tocar el área en tratamiento.

Aún queda por determinar su eficacia y reversibilidad y lapso de tiempo en que se debe aplicar el rayo de luz para obtener los resultados necesarios.

Ventajas:

Lesiones al oviducto restringidas, puede ser aplicado vía laparoscopia, histeroscopia o laparotomía.

Desventajas:

Incluye equipos costosos, requiere adiestramiento especial, no se han establecido estándares para su tratamiento, se desconoce su potencial de reversibilidad. 13/

9.1 SECUELAS DE LA ESTERILIZACION.

Además de la acción directa sobre las trompas, es posible que las secuelas imprevistas de la esterilización de otros procedimientos abdominales dificulten más el éxito de reversión. Por ejemplo, las complicaciones a corto plazo pueden incluir hemorragia, lesiones al mesosalpinx y a sus vasos sanguíneos, e infecciones. Todas pueden -- causar adherencias. Si éstas son extensas, contraindicarían la reversión posterior. Aún si no son extensas, deben ser eliminadas durante el procedimiento de reversión, considerando que pueden volver a producirse si no se les extirpa cuidadosamente.

Si el procedimiento de reversión interfiere el --- abastecimiento de sangre a los ovarios, puede producirse

13/ Populati6n Repeorts. Recuperaci6n Quir6rgica de la fecundidad despu6s de la operaci6n. Serie C No. 8. M6xico 1981. Pag. C 3 a C 26

insuficiencia de la fase lútea y una ovulación en un estudio reciente y aún no reptido, Ewa Radwanska y sus colegas compararon 40 mujeres esterilizadas con esquemas de menstruación normales con 24 mujeres no esterilizadas. Encontraron que los niveles promedio de progesterona sérica de la fase lútea media eran inferiores en una proporción significativamente más grande del grupo esterilizado que en el grupo de control. Estos resultados sugieren que a veces la esterilización puede deteriorar la función ovárica. Esto posiblemente ayude a explicar la infertilidad, persistente en algunas mujeres después de la reversión. 14/

III. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

Metodología empleada.

1. La muestra.

1.1 Selección y características de la comunidad en estudio.

La colonia liberación en Celaya Guanajuato, fué --

seleccionada para estudio de los efectos colaterales de la salpingoclasia posterior de 1 a 12 años de haberse sometido quirúrgicamente, debido a que la escuela de enfermería realiza sus actividades de primer nivel en esta, -- aplicando su programa de Atención a la Madre.

La colonia popular Liberación está limitada al norte por un solar baldío, al sur por el Boulevard Adolfo López Mateos, al oriente con el sector 2 de la colonia insurgentes, su superficie es de 30 hectáreas aproximadamente.

La población de esta colonia está sensibilizada para recibir a los grupos de enfermeras, coopera con ellas y tienen disponibilidad para dar información. Debido a que tienen en común algunos problemas de salud.

Se trata de una colonia urbana, marginada, creada por la escases de vivienda existente en la ciudad de Celaya.

Características principales de la colonia Popular Liberación.

Vida Social.

Los grupos organizados que existen son de tipo político y sus actividades están centradas en este fin. -- Los habitantes participan en reuniones sociales y religiosas en forma esporádica. La religión del 99 % de la población es católica y el 1 % pertenece a otras religiones.

Urbanización.

Cuentan con luz eléctrica en la mayoría de las viviendas existe drenaje y alcantarillado. No hay pavimentación las calles son de terracería.

Instituciones de Salud.

La comunidad no cuenta con ninguna institución sanitaria asistencial ni programas de salud específicos, -- excepto los programas que aplica la Escuela de Enfermería de Celaya.

Instituciones Educativas.

No se cuenta con ningún tipo de institución educativa en sus límites de área, 30 % de la población es anal^ufabeta.

Comunicación.

Los medios de comunicación son deficientes ya que no hay pavimentación en las calles, razón por la cual pasan sólo carros de sitio u otros vehículos particulares. Los servicios de autobuses urbanos solo llegan hasta el sector No. 2 de la colonia Las Insurgentes. Otros medios de comunicación son: correos, telégrafos (particularmente) radio y televisión.

1.2 Marco de la muestra.

La identificación de la dirección, nombre, edad y métodos anticonceptivos utilizados para la planeación de la familia fué facilitado por mediante el programa de --- atención primaria (comunidad) aplicado a las diferentes - comunidades a través del instrumento denominados cédula - familiar PSC 01-E. Dicho instrumento actualizado, debida

mente previo a la práctica comunitaria de los estudiantes la cual es llevada a cabo 2 veces al año.

1.3 Descripción del instrumento empleado en la recolección de los datos.

Se utiliza la cédula de entrevista en la cual se localizan las variables implícitas en la hipótesis, este formulario consta de 25 preguntas cerradas y sólo una pregunta de carácter abierto.

A previa entrevista personal se aplicó la encuesta que aparece como anexo a esta investigación.

Se llevó a cabo revisión bibliográfica y documental para la estructuración del marco teórico.

CUADRO No. 1
RELACION DE EDADES EN QUE FUERON SOMETIDAS LAS
SEÑORAS A SALPINGOCLASIA

EDADES	Fo.	%
26 - 31	7	15.5
32 - 36	11	24.4
37 - 41	15	33.3
42 - 46	11	24.4
46 - 49	1	2.4
T O T A L	45	100

FUENTE: Recuento de datos obtenidos del interrogatorio realizado a las señoras de la Colonia Popular - Liberación. Celaya Gto. Diciembre 1985.

Descripción:

En el cuadro se observa que, de las 45 señoras que fueron sometidas a salpingoclasia 15 (33.3%) ocuparon prioridad siguiendo en orden decreciente 2 grupos de 11 (33.3%), 7 (15.5%) y 1 (2.4%).

CUADRO No. 2
RELACION DE TIEMPO EN AÑOS DE HABERSE
SOMETIDO A SALPINGOCLASIA

Tiempo en años.	Fo.	%
1 - 4	23	51.1
5 - 8	18	40.1
9 - 12	4	8.8
T O T A L	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En base a los datos de este cuadro el tiempo en años de haberse sometido quirúrgicamente predominan las edades de 1-4 años con una frecuencia de 23 (51.1%) en orden de creciente le siguen las edades de 5-8 con frecuencia de 18 (40.1%) y por último las edades de 9-12 con frecuencia de 4 (8.8%) lo que constituyen 45 señoras entrevistadas (100%).

CUADRO No. 3
 TRANSTORNOS MENSTRUALES QUE SE PRESENTARON
 ANTES Y DESPUES DE EFECTUARSE SALPINGOCLASIA EN RELACION A LA CANTIDAD DE SANGRADO
 TRANSVAGINAL

Cantidad de sangrado	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Hipomenorrea	7	15.5	11	24.4
Hipermenorrea	8	17.8	17	37.8
No presentaron	30	66.6	17	37.8
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma de Cuadro No. 1

Descripción:

En el cuadro se observa que antes de efectuarse salpingoclasia la menorrea oscila en un 11.2% (5) mientras que después asciende a un 24.4% (11) en tanto la hipermenorrea tiene menor incidencia antes 17.8% (8) mientras que, -- después asciende a 37.8% (17).

CUADRO No. 4

TRANSTORNOS MENSTRUALES QUE SE PRESENTAN
 ANTES Y DESPUES DE EFECTUARSE LA SALPINGOCLASIA EN CUANTO A DURACION DEL SANGRADO TRANSVAGINAL

Duración del sangrado	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Oligomenorrea	7	15.5	7	15.5
Polimenorrea	4	8.9	11	24.5
No presentaron	34	75.6	27	60.0

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

Como muestran los datos de este cuadro antes de efectuarse salpingoclasia la oligomenorrea tiene una frecuencia de 7 (15.5%) mujeres con este problema posterior a la operación se mantiene igual 7 (15.5%), mientras la polimenorrea que tenía 4 (8.9%) asciende a 11 (24.5%) posteriormente. Cabe aclarar que fueron anuladas las mujeres que presentaron oligomenorrea antes y después de la intervención quirúrgica.

CUADRO No. 5
 TRANSTORNOS MENSTRUALES ANTES Y DESPUES
 DE EFECTUARSE SALPINGOCLASIA EN RELACION
 A LA PERIODICIDAD DE SANGRADO TRANSVAGI-
 NAL.

Periodicidad del sangrado	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Proiomenorrea	13	28.8	6	13.4
Opsomenorrea	5	11.1	4	8.8
No presentaron	27	60.1	35	77.8
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

Los datos registrados en este cuadro indican que los trastornos menstruales en cuanto a la periodicidad de sangrado transvaginal antes de efectuarse la salpingoclasia la proiomenorrea tiene una frecuencia de 13 - - (28.8%) posterior a la intervención desciende a 6 (13.4%) por otro lado la opsomenorrea se mantiene antes con frecuencia de 5 (11.1%) para descender después a 4 (8.8%).

CUADRO No. 6
 TRANSTORNOS DEL RITMO DE ELIMINACION EN RE
 LACION AL SANGRADO TRANSVAGINAL ANTES Y DES
 PUES DE LA SALPINGOCLASIA

Sangrado Transvaginal	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Amenorrea	0	0	0	0
Nictomenorrea	0	0	3	.66
Iniciación Brusca	5	11.2	8	17.7
Interrumpida	0	0	9	20.2
No presentaron	40	88.8	25	55.5
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

De los transtornos del ritmo de eliminación que se presentan en este cuadro antes y después el problema de amenorrea se encuentra con una frecuencia de cero mientras que, la nictomenorrea antes de la salpingoclasia tiene, cero ascendiendo posterior a la intervención a 3 (6.6%) por otro lado la iniciación brusca tiene una frecuencia de 5 (11.2%) que posteriormente asciende a 8 (17.7%). El sangrado transvaginal interrumpido se presenta antes con una frecuencia de cero que posteriormente asciende a 9 (20.2%)

CUADRO No. 7
 RELACION EN CUANTO INCREMENTO DE PESO EN
 KILOGRAMOS QUE PRESENTAN ANTES Y DESPUES
 DE LA SALPINGOCLASIA

Incremento de Peso	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Presentarón	5	11.1	24	53.4
No presentaron	40	88.9	21	46.6
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En cuanto incremento de peso antes de la salpingoclasia se presenta una frecuencia de 5 (11.1%) aumentando a 24 (53.4%) posterior a la intervención quirúrgica.

CUADRO No. 8
 RELACION DE EMBARAZOS ECTOPICOS QUE SE
 PRESENTAN ANTES Y DESPUES DE LA SALPIN
 GOCLASIA.

Embarazo ectopico	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Presentaron	0	0	5	11.1
No presentaron	45	100	40	88.9
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En este cuadro se muestra que el embarazo ectopico presenta una frecuencia anterior de cero posterior a la salpingo asciende a 5 - (11.1%).

CUADRO No. 9
RELACION DE DISFUNCION SEXUAL QUE SE
PRESENTAN ANTES Y DESPUES DE LA SAL-
PINGOCLASIA

Disfunción Sexual	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Anorgasmia	3	6.6	6	13.3
Dispaurenia	5	11.3	7	15.5
Apatia Sexual	8	17.7	17	37.8
No presentaron	29	64.4	15	33.4
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En el cuadro se muestra que de las disfunciones sexuales, aparece en orden de importancia la apatía sexual con una frecuencia de 8 (17.7%) antes de la salpingoclasia, posterior a esta se incrementa a 17 (37.8%) en orden decreciente le sigue la dispaurenia que tenía -- una frecuencia de 5 (11.3%) incrementandose -- posteriormente a 7 (15.5%) mientras que, la -- anorgasmia que tenía previo a la salpingoclasia una frecuencia de 3 (6.6%) se incrementa a 6 (13.3%).

CUADRO No. 10
OTRAS MANIFESTACIONES PRESENTADAS ANTES
Y DESPUES DE LA SALPINGOCLASIA

Otras Manifestaciones	Antes		Después	
	Fo.	%	Fo.	%
Cloasma	10	22.2	9	20.1
Cefalea	5	11.1	15	33.3
Nerviosismo	6	13.3	15	33.3
Várices	5	11.1	6	13.3
No presentaron	19	42.3	0	0
T O T A L	45	100	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

De las otras manifestaciones que se - presentaron en orden de importancia aparece - la cefalea con frecuencia de 5 (11.1%) antes de la operación posterior a esta aparece con 15 (33.3%) le sigue el nerviosismo que tenía 6 (13.3%) y que, posterior a la intervención quirúrgica aumenta a 15 (33.3%) en seguida es ta el cloasma que aparecía con frecuencia de 10 (22.2%) antes, para después reducirse solo a 9 (20.1%) por último estan las várices que tenían 5 (11.1%) de frecuencia anterior para aumentar a 6 (13.3%) posterior a la salpingo-clasia.

CUADRO No. 11
ORIENTACION PREVIA SOBRE SALPINGOCLASIA
A LAS SEÑORAS SOMETIDAS QUIRURGICAMENTE

Orientación	Fo.	%
Recibida	15	33.4
No recibida	30	66.6
T O T A L	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

CUADRO No. 12
 TOTAL DE SEÑORAS QUE FUERON ORIENTADAS
 POR PERSONAL PROFESIONAL ANTES DE EFEC
 TUARSE SALPINGOCLASIA.

Personal Profesional	Fo.	%
Médico	8	17.7
Enfermera	6	13.4
Trabajadora Social	1	2.3
Otras personas	15	33.3
No fueron orientadas	15	33.3
T O T A L	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En el cuadro se puede observar que del personal profesional que oriento antes de la salpingoclasia ocupan una frecuencia mayor otros profesionistas 15 (33.3%) siguiendole el personal médico con 8 (17.7%) posteriormente el personal de enfermería 6 (13.4%) y por último las trabajadoras sociales con 1 (2.3%) mientras que 15, de las 45 señoras no tuvieron orientación previa.

CUADRO No. 13
 RELACION EN CUANTO LA ACEPTACION DE LA
 SALPINGOCLASIA COMO METODO QUIRURGICO
 IRREVERSIBLE

Método Quirúrgico	Fo.	%
Aceptación	35	77.7
No aceptación	10	22.3
T O T A L	45	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

En los datos de este cuadro se observa que, la frecuencia de aceptación es de 35 (77.7%) mientras que las señoras que no aceptaron ocuparon una frecuencia de 10 (22.3%).

CUADRO No. 14

ORIENTACION PREVIA Y POSTERIOR A LA SAL-
PINGOCLASIA POR PARTE DEL PERSONAL DE EN-
FERMERIA EN RELACION A LA DETECCION DE -
PROBLEMAS GINECOLOGICOS.

Orientación	Fo.	%
Previa	0	0
Posterior	0	0
Ninguna	45	100
T O T A L	45	100

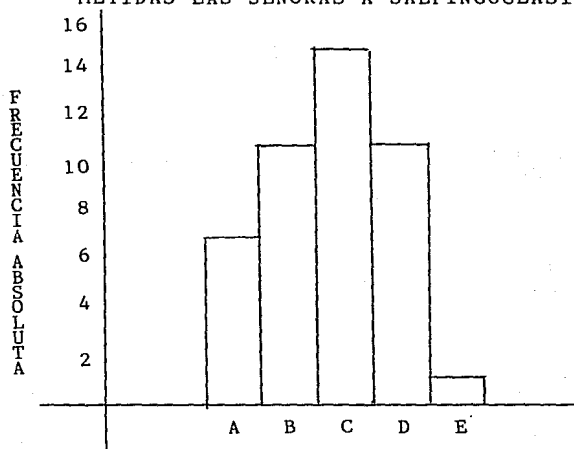
FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

Descripción:

Se puede observar en el cuadro que de las 45 señoras entrevistadas el 100% no fueron orientadas sobre complicaciones detectadas previamente o posteriormente.

GRAFICA No. 1

INCIDENCIA DE EDADES EN QUE FUERON SO
METIDAS LAS SEÑORAS A SALPINGOCLASIA.



Edades

Clave:

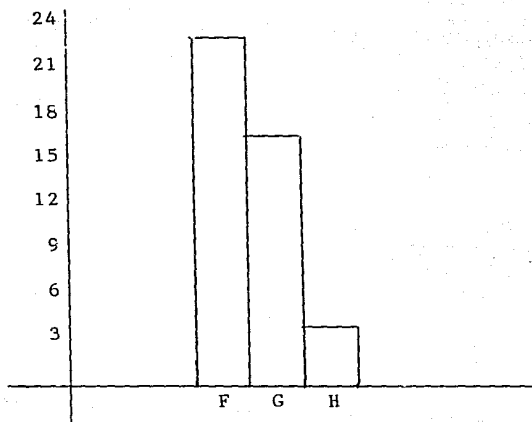
26 - 31
32 - 36
37 - 41
42 - 46
46 - 49

A
B
C
D
E

Fuente:

Recuento de datos obtenidos del interrogatorio realizado a las señoras de la colonia popular Liberación. Celaya Guanajuato Diciembre 1985.

GRAFICA No. 2
INDICE DE TIEMPO EN AÑOS DE HABERSE
SOMETIDO A SALPINGOCLASIA



Tiempo en años

1 - 4
5 - 8
9 - 12

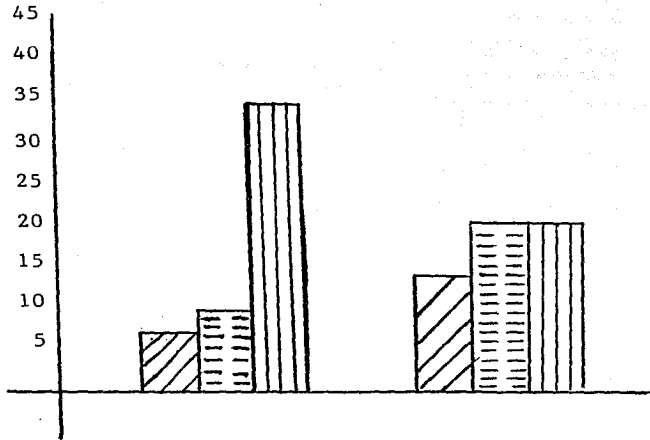
clave:

F
G
H

Fuente: Misma gráfica 1

GRAFICA No. 3

INCIDENCIA DE TRASTORNOS MENSTRUALES ANTES Y DESPUES DE LA SALPINGOCLASIA EN RELACION A CANTIDAD DE SANGRADO TRANSVAGINAL.



Antes

Después

Cantidad de sangrado:

clave:

Hipomenorrea

∕

Hipermenorrea

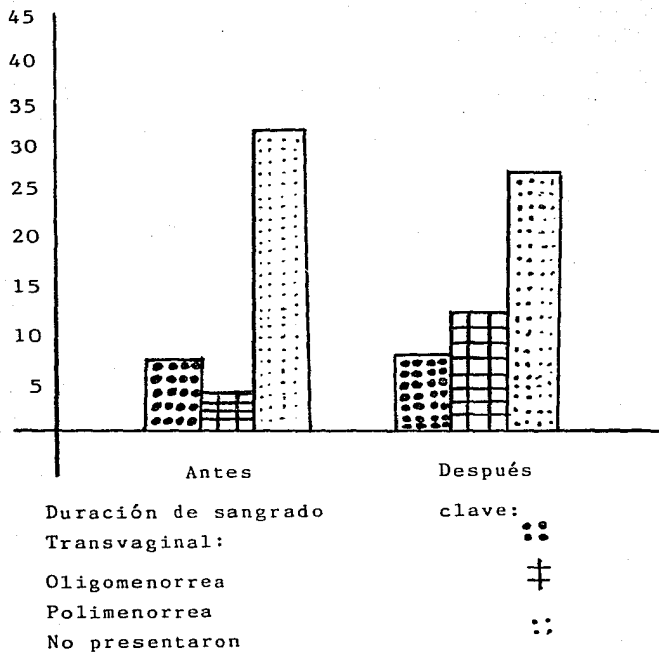
≡

No presentaron

||

GRAFICA No. 4

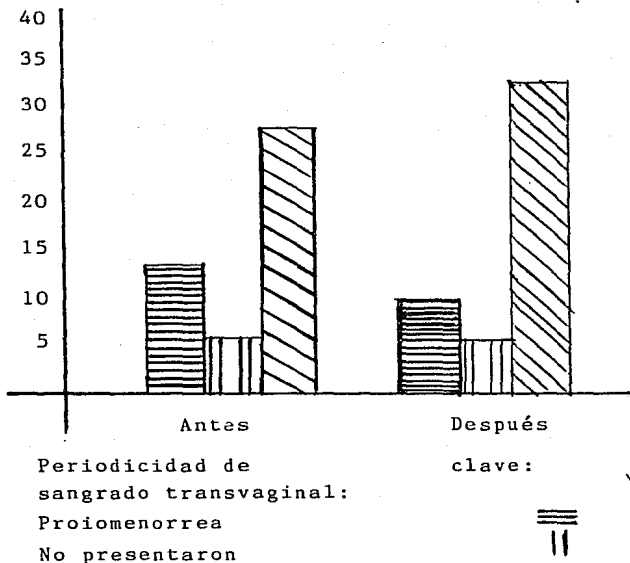
INCIDENCIA DE TRANSTORNOS MENSTRUALES ANTES Y DESPUES DE EFECTUARSE SALPINGOCLASIA EN RELACION A LA DURACION DE SANGRADO TRANSVAGINAL



Fuente: Misma gráfica No. 1

GRAFICA No. 5

INCIDENCIA DE TRANSTORNOS MENSTRUALES QUE SE PRESENTARON ANTES Y DESPUES DE EFECTUAR SE SALPINGOCLASIA EN RELACION A LA PERIODICIDAD DE SANGRADO TRANSVAGINAL.



Periodicidad de sangrado transvaginal:
Proiomenorrea
No presentaron

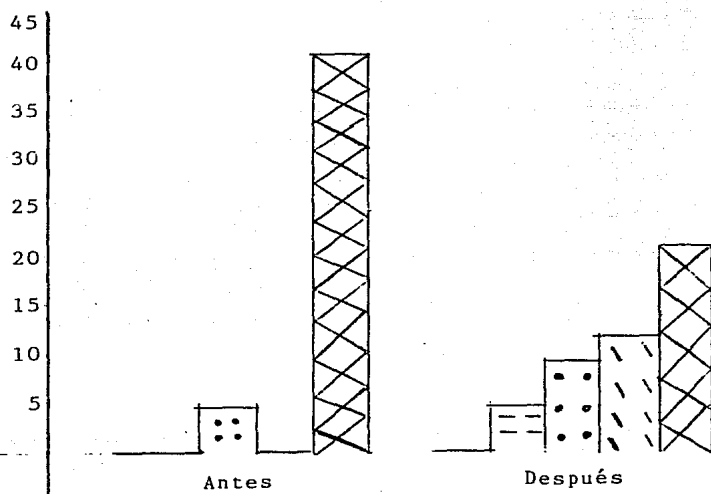
clave:



Fuente: Misma gráfica No. 1

GRAFICA No. 6

INCIDENCIA DE TRANSTORNOS DEL RITMO DE ELI
MINACION EN CUANTO A SANGRADO TRANSVAGINAL
ANTES Y DESPUES DE LA SALPINGOCLASIA.



Transtornos del ritmo
de eliminación

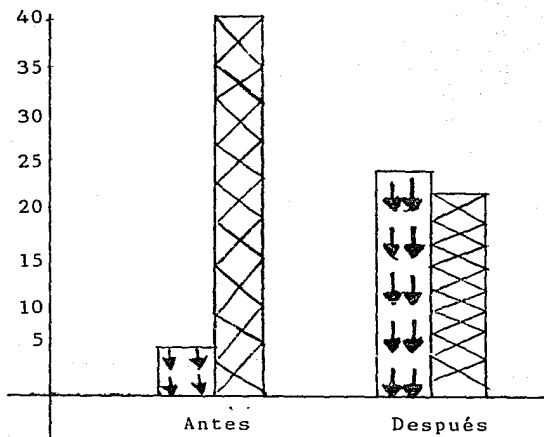
Amenorrea
Nictomenorrea
Iniciación brusca
Interrumpida
No presentaron

Clave:

—
·
/\
X

Fuente: Misma gráfica No. 1

GRAFICA No. 7
 INCIDENCIA DE INCREMENTO DE PESO EN KI-
 LOGRAMOS ANTES Y DESPUES DE LA SALPINGO
 CLASIA.



Incremento de
 peso

No presentaron

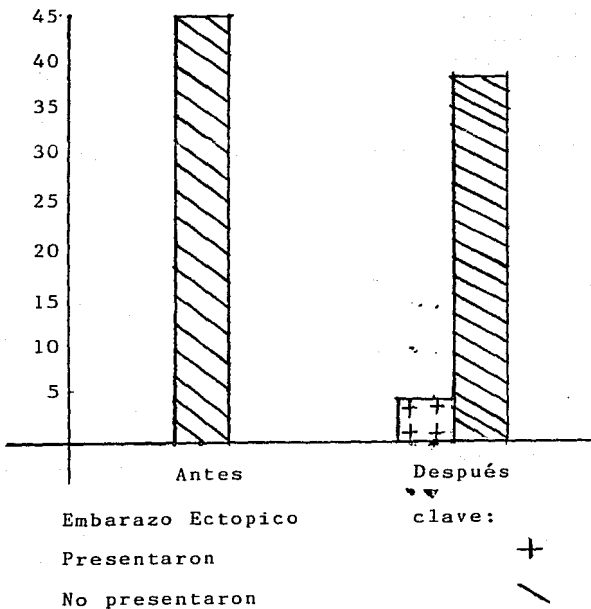
Fuente: Misma cuadro No. 1

clave:

X

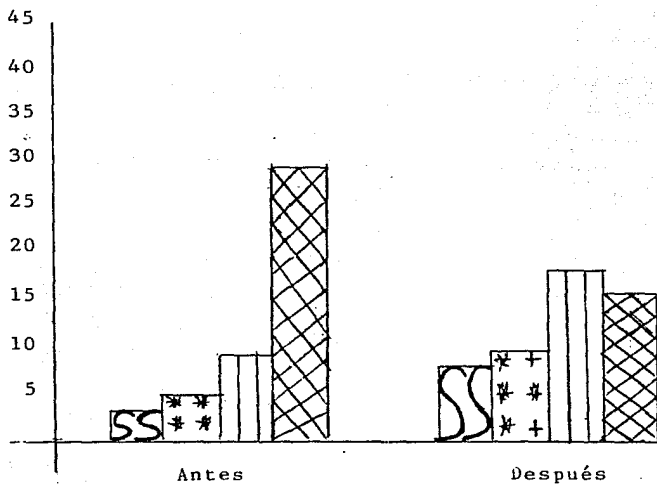
↓

GRAFICA No. 8
INCIDENCIA DE EMBARAZOS ECTOPICOS QUE SE
PRESENTAN ANTES Y DESPUES DE LA SALPINGO
CLASIA.



Fuente: Misma gráfica No. 1

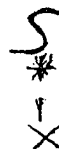
GRAFICA No. 9
 INCIDENCIA DE DISFUNCION SEXUAL QUE
 SE PRESENTARON ANTES Y DESPUES DE -
 LA SALPINGOCLASIA.



Disfunción sexual:

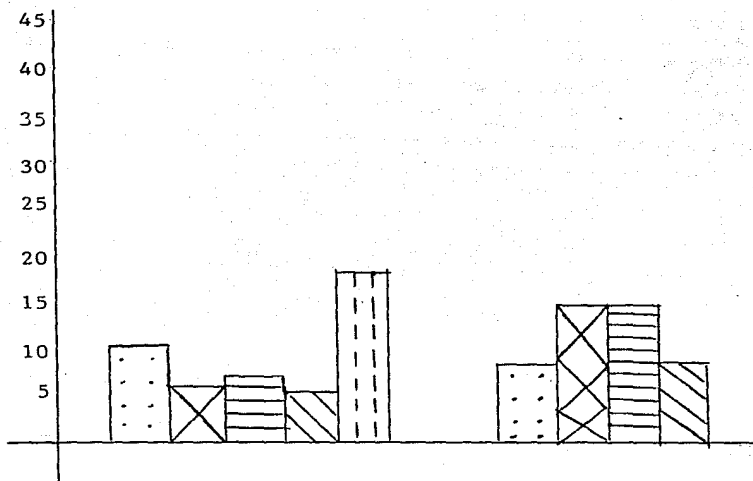
- Anorgasmia
- Dispaurenia
- Apatia sexual
- No presentaron

Clave:



Fuente: Misma gráfica 1

GRAFICA No. 10
 INCIDENCIA DE OTRAS MANIFESTACIONES ANTES
 Y DESPUES DE LA SALPINGOCLASIA



Fuente: Misma gráfica No. 1

Otras manifestaciones

clave:

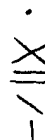
Cloasma

Cefalea

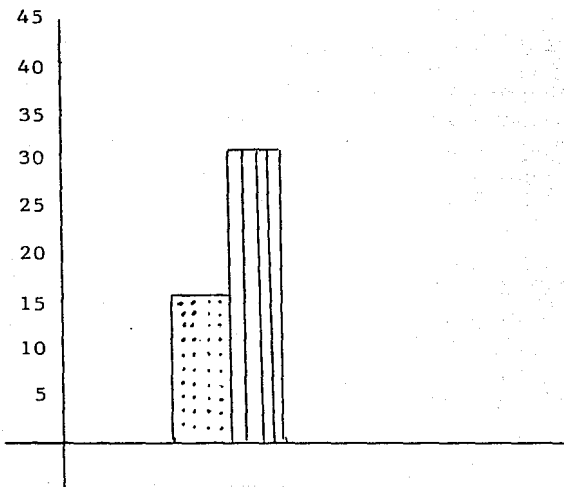
Nerviosismo

Várices

No presentaron



GRAFICA No. 11
INCIDENCIA DE ORIENTACION PREVIA SOBRE
SALPINGOCLASIA A LAS SEÑORAS SOMETIDAS
QUIRURGICAMENTE



Orientación:

Clave:

Recibida

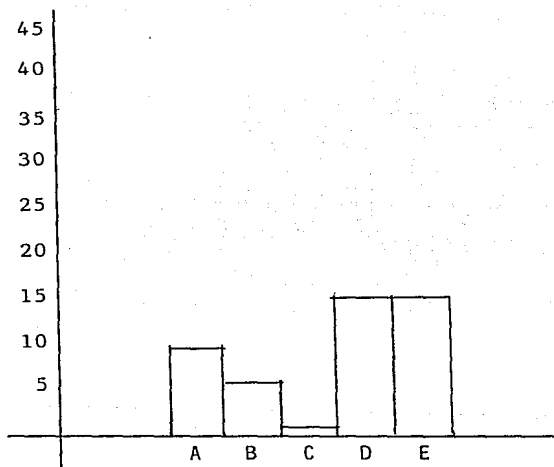
••

No recibida

||

GRAFICA No. 12

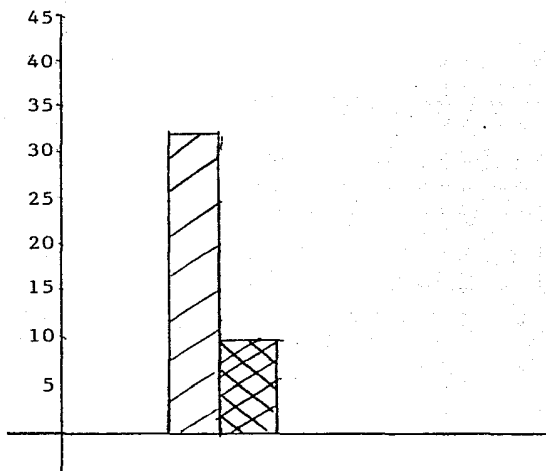
INCIDENCIA DE SEÑORAS QUE FUERON ORIENTA
CAS POR PERSONAL PROFESIONAL ANTES DE --
EFECTUARSE SALPINGOCLASIA



Fuente: Misma gráfica No. 1

Médico	A
Enfermera	B
Trabajadora social	C
Otras personas	D
No fueron orientadas	E

GRAFICA No. 13
INCIDENCIA DE ACEPTACION DE LA SALPIN
GOCLASIA COMO METODO CONTRACEPTIVO --
IRREVERSIBLE



Fuente: Misma gráfica No. 1

Método quirúrgico

Clave:

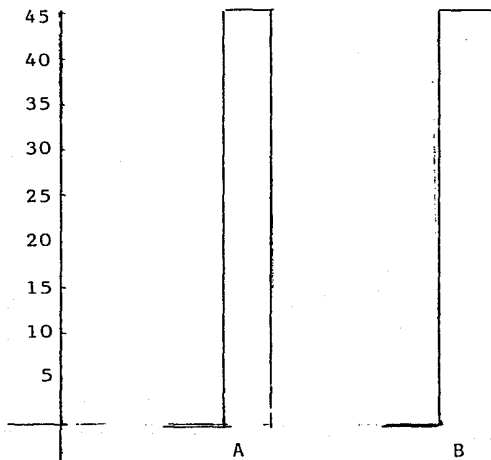
Aceptación

No aceptación



GRAFICA No. 14

INCIDENCIA DE PROBLEMAS GINECOLOGICOS
PREVIOS Y POSTERIORES A LA SALPINGO-
CLASIA DETECTADOS POR EL PERSONAL DE
ENFERMERIA.



Fuente: Misma gráfica No. 1

PREVIOS	A
POSTERIORES	B

RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO REALIZADO A LAS
MUJERES SOMETIDAS A SALPINGOCLASIA DE LA COLONIA
POPULAR LIBERACION EN CELAYA GUANAJUATO

C O N C L U S I O N E S .

Posterior al análisis de los resultados obtenidos en la entrevista a 45 mujeres con salpingoclasia de la colonia popular liberación en Celaya Guanajuato se concluye lo siguiente:

La hipótesis planteada no es aceptada, ya que las mujeres sometidas a salpingoclasia no son revisadas antes ni después por el personal de enfermería.

Al establecer la relación entre las edades y los años en que han sido sometidas a salpingoclasia se observa que prevalece más alta la incidencia de sometimiento quirúrgico en los últimos años en edades de 37 a 41 años.

Se encuentra significancia en cuanto a trastornos menstruales en relación a la cantidad de sangrado transvaginal específicamente la hipermenorrea que presentó un 37.8 % posterior a la salpingoclasia.

En cuanto a los transtornos menstruales en relación a la duración, presenta significancia la polimenorrea con un 24.5 %.

En las mujeres sometidas a salpingoclasia se presentó con mayor incidencia los trastornos menstruales específicamente el sangrado transvaginal interrumpido, la iniciación brusca y la nictomenorrea.

Se encontró significancia en cuanto al incremento de peso en un 53.3 % del total de las mujeres sometidas quirúrgicamente.

Los embarazos ectópicos se presentan únicamente en mujeres con salpingoclasia lo mismo que la disfunción sexual, específicamente la apatía sexual con un 37.8 %.

Otros efectos colaterales que se encontraron posterior a la salpingoclasia fueron la cefalea con un 33.3 %, nerviosismo con un 33.3 %.

Se encontró además, que solo recibieron orientación sobre salpingoclasia un 33.3 % del total de la población sometida a estudio.

27.3 % del total de las mujeres con salpingoclasia no son informadas sobre la intervención que se les va a efectuar por lo que son sometidas quirúrgicamente sin con

sentimiento previo, ni aviso.

De los grupos de profesionales que orientan sobre salpingoclasia ocupan un 15 % otros profesionales a lo -- que el equipo de enfermería y el médico que son el personal más idóneo relacionado más directamente con esta acti vidad no llevan a cabo esta actividad.

En cuanto a la orientación previa y posterior so-- bre salpingoclasia al igual que la detección de manifesta ciones patológicas no son detectados por los profesiona-- les de enfermería.

SUGERENCIAS.

Informar y concientizar a la población adolescente y sexualmente activa sobre los diferentes métodos de control de la fecundidad a través de campañas sobre planificación familiar, sobre todo a nivel comunitario ya que, - la esterilización tubaria no es el único medio disponible, se incluyen los métodos naturales que pueden ser utilizados por hombres y mujeres que aún no están dispuestos a adoptar un método permanente.

Por lo anterior es conveniente capacitar mediante un programa a los profesionales de enfermería que trabajan especialmente en las comunidades sobre los otros métodos contraceptivos existentes.

Toda paciente candidata o postoperada a salpingoclasia deberá ser revisada e interrogada respecto a su salud.

Informar o asesorar tanto a hombre como mujeres antes de todo procedimiento dejando claramente establecido que ésta solo constituye un método apropiado al control - de fecundidad, en los casos de que la pareja este segura

de no desear más hijos.

Realizar seguimiento médico o de enfermería a toda mujer con salpingoclasia para detectar y orientar oportunamente a posibles complicaciones.

Sugerencias:

Enfocar algunos aspectos en cuanto rehabilitación al ser detectados oportunamente efectos colaterales posteriores a la salpingoclasia específicamente desde el punto de vista:

a) Psicológico:

- Asesoramiento por personal profesional en relación a la disfunción sexual (anorgásmia dispaurenia) enfocando este a la pareja.

b) Físico:

- Canalizar con personal capacitado a las mujeres detectadas con otros tipos de trastornos tales como las más sobresalientes en este estudio (nerviosismo, cefalea, incremento de peso) que pueden ser síndromes propios del inicio de alguna patología.

A P E N D I C E S

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

- Alvarez, G. J. L. Elementos de Sexología. Ed. Interamericana. México 1979. 600 pp.
- Book, M.B. Enfermería Obstétrica. Ed. Interamericana. México 1962. 460 -- pp.
- Benson, R. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. El Manual Moderno. México 1981. 950 pp.
- De la Madrid, H. Miguel Plan Nacional de Desarrollo. -- Ed. Plan Nacional. México 1979. 250 pp.
- C. Gayton Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericana. México 1979 660 pp.

- Jefatura de Servicios de Planificación Familiar Datos Estadísticos de las actividades de Planificación Familiar. Ed. I.M. S. S. México --- 1981. 155 pp.
- Méndez, O. Ginecología y Obstetricia. -- A. M. H. G. O. No. 3 I.M.S.S. - México 1975. 144 pp.
- Mundo Médico Terapéutica de las Disfunciones Sexuales. Vol. VI No. 60 México 230 pp.
- Novak, R.E. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana. México 1977. --- 956 pp.
- Population Reports Esterilización Laparoscópica. - Serie C No. 2. México 1973 C 22 C 31.
- Population Reports Recuperación Quirúrgica de la Fecundidad después de la operación. Serie C No. 8. México --- 1981 C 3, C 26.

- Populati6n Reports Esterilizaci6n por Colpotomía.
Serie C. No. 6. México 1975. --
C 74, C 84.
- Populati6n Reports Esterilizaci6n Mediante Minilaparotomía. Serie C No. 5. México 1976. C2, C7.
- Populati6n Reports Esterilizaci6n por Culdoscopia
Serie C. No. 3. México 1973. --
C 34, C 49.
- Populati6n Reports Esterilizaci6n Tubaria. Serie C
No. 7. México 1977. C 90, C 109
- Populati6n Reports Legislaci6n y Políticás que influyen en la Fecundidad, un decenio de cambios. Serie E No. 7
México 1985. E 3, E 35.
- Rojas Soriano. Raúl Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. Universidad -
Nacional At6noma de México. ---
Fac. Ciencias Políticás y Sociales. México 1981. 490 pp.

S. Aporaro, A.

La regulación de la Natalidad.

Ed. Vechi Barcelona España 1980

565 pp.

S. Hug, H. D.

Manual de Planificación Fami---

liar. Ed. Comité Central de la

F. P. P. E. México 1979. 730 pp.

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CELAYA

JUSTIFICACION:

La presente cédula se aplicará a mujeres con salpingoclasia de la colonia Popular Liberación, para detectar los posibles efectos coalterales que provoquen complicaciones orgánicas y psicológicas.

OBJETIVO

Recolectar información definida y sintética para someterla a estudio.

No. de cédula: _____ Edad: _____ Tiempo de haberse sometido a salpingoclasia: _____

1.- Transtornos menstruales en relación a la cantidad de sangrado transvaginal.

A₁ Hipomenorrea

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

- A₂ Hipermenorrea
Antes de la salpingoclasia ()
Después de la salpingoclasia ()

2.- Transtornos menstruales en relación a la duración --
del sangrado transvaginal.

- B₁ Oligomenorrea
Antes de la salpingoclasia ()
Después de la salpingoclasia ()

- B₂ Polimenorrea
Antes de la salpingoclasia ()
Después de la salpingoclasia ()

3.- Transtornos menstruales en relación a la periodicidad
del sangrado transvaginal.

- C₁ Proiomenorrea
Antes de la salpingoclasia ()
Después de la salpingoclasia ()

4.- Transtornos del ritmo de eliminación.

D₁ Nictomenorrea
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

D₂ Iniciación brusca
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

D₃ Interrumpida
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

5.- Aumento de peso.

E₁ 3-5 Kg.
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

E₂ 5-10 Kg.
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

E₃ 10-15 kg.
 Antes de la salpingoclasia ()
 Después de la salpingoclasia ()

6.- Embarazo Ectópico.

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

7.- Disfunción Sexual

Anorgasmia

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

Dispaurenia

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

Vaginismo

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

Apatía sexual

Antes de la salpingoclasia ()

Después de la salpingoclasia ()

8.- Otros transtornos.

9.- ¿Recibió orientación antes de someterse a salpingoclasia?

Si () No ()

10.- ¿Quiénes la orientaron?

- a) Médico ()
- b) Enfermera ()
- c) Trabajadora Social ()
- d) Otros ()
- e) Ninguna persona ()

11.- ¿Qué complicaciones le dijeron que tendría después de someterse a salpingoclasia.

12.- ¿Usted, aceptó realizarse salpingoclasia?

Si () No ()

13.- En caso negativo diga porque.

15.- Antes de efectuarse la salpingoclasia ¿tubo orienta
ción o detección de problemas ginecológicos y obsté-
tricos por parte del personal de enfermería?

Si () No ()

16.- Después de efectuarse la salpingoclasia ¿tubo orien-
tación o detección de problemas ginecológicos?

Si () No ()

Definición operacional de variables.

Salpingoclasia:

Operación quirúrgica en la que se liga o corta la trompa de falopio impidiendo que el óvulo se encuentre -- con el espermatozoide.

Manifestaciones Patológicas:

Serie de síntomas o resultados de una acción o procedimientos en este caso posterior a la salpingoclasia.

Transtornos Menstruales en relación a:

a) Cantidad:

Hipomonorrea: Disminución del sangrado menstrual -
(menor de 70 ml.)

Hipermenorrea: Aumento del sangrado menstrual (ma--
yor de 90 ml.)

b) Duración:

Oligomenorrea: Sangrado menor de tres días.

Polimenorrea: Sangrado mayor de 6 días.

Eumenorrea: Menstruación de 4 a 5 días.

c) Periodicidad:

Proiomenorrea: Ciclos cortos menores de 24 días.

Opsomenorrea: Ciclos largos mayores de 34 días.

Eumenorrea: Ciclos de 27 a 30 días.

d) Ritmo de eliminación:

Nictomenorrea: Aumento en la cantidad del sangrado durante la noche.

Iniciación brusca: Abundante sangrado el primer día u horas.

Interrumpida: Se suspende el sangrado menstrual -

durante un día u horas.

Cambios en el peso: Se considera como un incremento o decremento de peso a el aumento o - disminución en gramos observados -- posterior a la operación quirúrgica (salpingoclasia) con procedimientos uniformes y parámetros de comparación para la población mexicana.

Embarazo ectó Es la implantación del huevo fecundado en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uteri--na.

Disfunción -- sexual: Alteración persistente de la res---puesta sexual.

Apatía sexual: Espaciamiento en la frecuencia de - las relaciones sexuales, e incluso llega a la supresión total de las - mismas debido a una falta de inte--rés en la pareja.

Anorgasmía: Imposibilidad para llegar al orgasmo.

Vaginismo: Síndrome en el cual la musculatura lisa pélvica perineal del tercio externo de la vagina se contrae espásmicamente durante el coito esta contracción es un reflejo involuntario que se produce antes de la penetración del pene a la vagina o durante la misma.

Acción eficiente y oportuna de Enfermería: Serie de actividades (Interrogatorio obstétrico) que van encaminadas a detectar manifestaciones de orden patológico previniendo enfermedades sistemáticas.

Riesgo a complicaciones. Tendencia de un organismo a desarrollar patologías diversas tales como, trastornos menstruales, aumento de peso, embarazo ectópico, disfunción sexual, cuando se presentan condicionantes que favorecen su desarrollo.