

11226
201/98

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON MEDICINA FAMILIAR
MAZATLAN, SINALOA



CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA EN EL H.G.Z. No. 3
SUR EN MAZATLAN, SINALOA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

Dra. María Guadalupe Jaramillo Moreno

MAZATLAN, SINALOA

1987

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
HIPOTESIS "	4
OBJETIVOS	5
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSION Y COMENTARIOS	23
RESUMEN Y CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27

I N T R O D U C C I O N

Esterilidad es la incapacidad de una pareja para concebir; se diferencia de Infertilidad, en que esta es la incapacidad de una pareja para llevar a buen término el producto de una concepción.

No debe de pensarse en la esterilidad como una enfermedad, puesto que en realidad es sólo la manifestación de un padecimiento ginecológico o genital masculino.

No existe la esterilidad femenina o masculina aisladamente, ya que hay situaciones en las cuales un varón o una mujer pueden concebir separadamente con otros conyuges y sin embargo no lo pueden hacer entre sí por lo que es necesario hablar siempre de esterilidad conyugal o de pareja.

La importancia que este padecimiento alcanza es alarmante, la esterilidad comprende el 12% de todas las parejas, dato que en cifras estadísticas nos muestra por ejemplo, que solo en nuestro país existen alrededor de un millón de matrimonios estoriles.

La esterilidad puede ser voluntaria o involuntaria, que es la que debe ser estudiada y tratada. Esta puede ser primaria, si la falta en la concepción ha sido desde las primeras relaciones sexuales o secundaria, si dicha falla sobreviene después de una o varias gestaciones previas, aunque estas no hayan sido viables.

A su vez cualquiera de las anteriores puede ser absoluta cuando la incapacidad puede o no ser curable, pero sí tratable; y transitoria cuando el problema es temporal, c permanente cuando la esterilidad es definitiva.

La fecundación es una de las funciones más finas en el organismo humano y para que se lleve a cabo es necesario que se lleven a efecto los siguientes requisitos.

- 1.- Factor testicular
- 2.- Factor oviductario

- 3.- Factor prostático
- 4.- Factor ocito-vaginal.
- 5.- Factor cervico espermático
- 6.- Factor uterino anatómico
- 7.- Factor tubario y peritubario
- 8.- Factor ovarico
- 9.- Factor endometrial
- 10.- Factor inmunologico
- 11.- Factores extra-genitales
- 12.- Problemas psicológicos.

Siempre que se alteren uno o varios de los anteriores hechos, se producirá esterilidad en la pareja lo que dara lugar a un determinado Factor de esterilidad.

J U S T I F I C A C I O N

La esterilidad es un problema muy serio al que se enfrenta una pareja, que muchas veces repercute en su relación conyugal y su dinámica familiar, muchas veces ocasionando la disgregación familiar.

Por lo que es importante estudiar exhaustivamente a la pareja descartando uno a uno los factores que influyen en esta alteración sin dejar uno solo sin estudiar; ya que es indispensable el señalar, que casi siempre son varios, de los factores señalados, los causantes de la esterilidad en la pareja y que no hay que conformarse con encontrar uno para ya creer que se conoce la causa de una esterilidad conyugal.

Se estudiarán los casos de esterilidad conyugal, detectados en el Hospital General de Zona No. 3 de Mazatlán, Sinaloa del Instituto Mexicano del Seguro Social, revisar los diferentes estudios que se les realizan, si realmente es completo el estudio, y el porcentaje de - éstas parejas llega a un diagnóstico final de los factores que están alterando el proceso de la fecundación; así mismo cuantas parejas logran embarazarse.

H I P O T E S I S

Ho.- Las parejas con esterilidad primaria siempre llegan a determinar los factores causantes de la misma

Hi.- Las parejas con esterilidad primaria, la mayoría no llegan a determinar los factores causantes de la misma.

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer el plan de estudio de las parejas
- 2.- Conocer el número de parejas con esterilidad primaria que se detectan en el Hospital General de Zona No. 3 de Mazatlán, Sinaloa
- 3.- Dilucidar el porcentaje de parejas que llegan a determinar los factores causantes de la esterilidad.
- 4.- Determinar los factores mas frecuentes causantes de esterilidad en las parejas detectadas en el Hospital General de Zona No. 3 de Mazatlán, Sinaloa.
- 5.- Porcentaje de parejas con esterilidad que llegan a embarazarse.

A N T E C E D E N T E S

C I E N T I F I C O S

Esterilidad es la incapacidad de una pareja para concebir, los factores que influyen en ésta son los siguientes:

A.- FACTOR TESTICULAR: no existe una producción adecuada en cantidad o calidad de espermatozoides, se encuentran en defectos de desarrollo testicular, atrofia total o selectiva; ectopias testiculares, procesos inflamatorios o infecciones y virosis agudas, procesos traumáticos, altas temperaturas locales, varicoocidades en los testículos, especialmente el testículo izquierdo.

B.- FACTOR CANALICULAR.- alteración en el libre tránsito de los espermatozoides a la uretra, se presenta en casos de atresia o ausencia congénita de deferentes; presencia de tumores que comprimen y obstruyen los canales como en la próstata, procesos cicatriciales, postinfecciosos, después de traumatismo regionales; y en las llamadas obstrucciones distróficas, se manifiesta por la ausencia de espermatozoides en el eyaculado.

C.- FACTOR PROSTATICO.- VESICULAR: las secreciones de las vesículas seminales o el líquido prostático, no son adecuados en su cantidad o calidad para poder mantener eficazmente la vitalidad espermática, sucede en inflamaciones, infecciones o tumores de esas glándulas.

D.- FACTOR COITO VAGINAL.- Los espermatozoides no alcanzan el cervix, ya sea por un problema en el coito, por impotencia, eyaculación precoz, eyaculación retrograda, coitos esporádicos, hipospadias, vaginismos, dispareunia, etc. por causa de que la vagina impida el depósito adecuadamente, como en casos de tumores vaginales, vaginismo, lesiones notables y procesos fistulosos, o por infecciones e infecciones graves, o hiperácidas, que destruyen a los espermatozoides.

E.- FACTOR CERVICO-ESPERMATICO.- cuando las secreciones cervicales son hostiles a los espermatozoides, impidiendo el progreso de éstos, aquí entran las alteraciones cervicales como cervix hipertróficos, - largos, muy anteriores las hipoplasias cervicales y las atresias; - infecciones, erosiones, poliposis, mocos escasos, con poca fluidez, espesos, densos, con mínima filancia y sin cristalización, problemas inmunológicos a nivel cervical.

F.- FACTOR UTERINO ANATOMICO.- alguna deformación o defecto impide o altera el ascenso de los espermatozoides a través de la cavidad uterina, se presenta en casos de deformidades congénitas, defectos de desarrollo, tumores intracavitarios y en desplazamientos uterinos externos, adherencias intracavitarias y post-quirúrgicas.

G.- FACTOR TUBARIO Y PERITUBARIO.- hay imposibilidad de paso del espermatozoide hacia arriba, hay defecto en la captación del ovulo; u obstrucción en el descenso y transporte del huevo fecundado, se - presenta cuando hay falta de la luz tubaria por traumatismos, infecciones, tumores propios de trompa o por compresión de tumores de los órganos vecinos o anomalías congénitas; cuando existe falta de motilidad tubaria por adherencias y bridas, espasmos o patología intrínseca tubaria; cuando hay obstáculos entre la trompa y el ovario, adherencias, ovarios desplazados, etc.

H.- FACTOR OVARICO.- cuando por cualquier causa el ovario no produce óvulos capaces de ser fecundados sucede en casos de procesos congénitos como disgenesias tumorales, esclerosis y sobre todo disfuncionales.

I.- FACTOR ENDOMETRIAL.- el endometrio no esta apto para anidar, nutrir y retener el óvulo fecundado por no tener la secreción adecuada en el epitelio.

J.- FACTOR INMUNOLOGICO.- cuando los espermatozoides y especialmente el líquido seminal actúan con propiedades antigénicas, la mujer deu desarrolla anticuerpos específicos que impiden la fecundación.

K.- FACTORES EXTRAGENITALES:

- 1.- Estado general deficiente.- existen procesos generales que alteran la función de cualquiera de los órganos que entran en juego con la fecundación, como son los estados de desnutrición exagerados, envenenamientos, toxicomanías, alcoholismos, enfermedades crónicas de pauperantes, etc.
- 2.- Transtornos endocrinos.- problemas hipotalámicos, los hipopituitarismos, el hipo e hipertiroidismo, la hiperplasia suprarrenal, la diabetes, la obesidad endógena, etc.
- 3.- Problemas psíquicos.- está presente en todos los casos de problemas psicológicos que actúan sobre los delicados mecanismos de la fecundación.

Se cree que la esterilidad o el miedo a ella, produce un stress en el individuo causando tensión o ansiedad, esta a su vez actúa sobre el hipotálamo, quien a través del sistema nervioso autónomo puede suprimir la ovulación o la espermatogénesis, modificando la excreción de gonadotropinas hipofisarias, o producir espasmos tubáricos, vaginismos, impotencia y eyaculación precoz.

Es indispensable el señalar, que casi siempre son varios, de los factores señalados, los causantes de la esterilidad en la pareja y que no hay que conformarse con encontrar uno, para ya creer que se conoce la etiología de una esterilidad conyugal.

El diagnóstico se hace por sí solo con el conocimiento de la falta involuntaria de gestaciones, por un lapso mínimo de un año. La importante es el averiguar que factores capaces de ocasionarla están presentes.

El estudio de la pareja estéril siempre es de común acuerdo de los conyuges ya que ambos deben de cooperar, se les realiza un interrogatorio general, haciendo incapie en enfermedades que pueden alterar la fecundación como son las venéreas, inflamaciones pélvicas a-

gudas, abscesos vulvo-vaginales y operaciones abdominales o vaginales en la mujer e inguinales y testiculares en el varón.

Posteriormente se procede a realizar las pruebas especiales indispensables, como son: temperatura basal sirve para determinar la presencia de elevación térmica en la segunda mitad del ciclo, que acontece cuando existe ovulación. Quimoinflación tubaria, nos ayuda a precisar el tipo de problema tubario o peritubario existente y sitio probable del mismo. Espermatobioscopia, permite valorar la cantidad y calidad de los espermatozoides. Test de sims Hühner, consiste en la observación del moco endocervical post-coito, cuando es positiva existen 5 ó más espermatozoides móviles por campo. Cristalización y filancia del moco: durante la ovulación el moco debe ser abundante, claro fluido, con filancia de mas de 10 cms, con cristalización tipica en helado fino y limpio de células, biopsia de endometrio se observan los cambios glandulares y de estroma endometrial, que suceden normalmente en la fase secretora del ciclo. Citología vaginal hormonal, se observan los cambios celulares que se deben observar en la fase estrogénica a la fase progestacional, sirve para ayudar a determinar la existencia de ovulación, así como el nivel hormonal existente, histerosalpingografía, determina el estado de la cavidad uterina y los trayectos tubáricos, así como la permeabilidad de éstos o el sitio de la obstrucción que exista. Test de penetración cuantitativa, sirve para determinar si el responsable de la falta de penetración es el moco de la esposa, el esperma del marido, son ambos o se trata de un problema inmunológico.

Laparoscopia, cada vez se utiliza mas este recurso, siendo obligada su utilización en casos de: esterilidad sin causa aparente, cuando se sospechen disgenesias gonadales o poliquistosis ovárica, duda de tuberculosis genital, factor tubo-peritoneal, comprobación de permeabilidad tubaria, sospecha de endometriosis, previamente a cualquier cirugía tubaria.

El tratamiento siempre es causal, es decir etiológico y puede ser único o múltiple, según sea uno solo o varios de los factores causan-

tes de la esterilidad.

MATERIAL Y METODOS

La investigación se realizó en H.C.Z. No. 3 de Mazatlán, Sinaloa en el servicio de consulta externa de gineco obstetricia con apoyo del departamento de codificación donde se revisaron las hojas 4.30.6 de la consulta externa de ginecoobstetricia y se seleccionaron expedientes de casos reportados mensualmente, en el periodo comprendido del 1ro. de febrero al 30 de septiembre de 1987, a los cuales se le aplicaron los siguientes criterios de selección de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Parejas entre 18 y 35 años de edad con diagnóstico de esterilidad primaria
- 2.- Parejas con diagnóstico de esterilidad primaria y que son referidas por su médico familiar al servicio de consulta externa de Ginecoobstetricia.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- 1.- Parejas menores de 18 años y mayores de 35 años

Teniendo como criterios de Exclusión los siguientes:

- 1.- Falta de cooperación del esposo
- 2.- Ausentismo a sus citas.

Este estudio fue de tipo prospectivo, realizando la revisión de la hoja anteriormente mencionada, mensualmente, y utilizando el anexo No. 1 como instrumento de recolección de datos.

METODOLOGIA DE LA TABULACION DE LOS DATOS

Teniendo los datos ya reunidos, se procedió a la organización porcentual de los mismos para su posterior análisis e interpretación.

I. M. S. S.

H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR

Mazatlán, Sinaloa.

Causas de Esterilidad Primaria en el H.G.Z. No. 3 Sur
Mazatlán, Sinaloa.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION Y DATOS

NOMBRE _____

No. DE AFILIACION: _____ CONSULTORIO _____

EDAD _____ SEXO _____

EDAD _____ SEXO _____

ESTUDIOS REALIZADOS:

1.- CURVA DE LA TEMPERATURA BASAL _____

2.- PRUEBA DE RUBIN _____

3.- ESPERMATOBIOSCOPIA _____

4.- CRISTALIZACION Y FILANCIA DEL MOCO _____

5.- BIOPSIA DE ENDCMETRIO _____

6.- CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL _____

7.- HISTEROSALPINGOGRAFIA _____

8.- ULTRASONOGRAFIA _____

9.- LAPAROSCOPIA _____

R E S U L T A D O S

De una muestra inicial de 66 parejas seleccionadas para el presente estudio, 8 parejas fueron excluidas del estudio por las siguientes causas:

5 parejas por falta de cooperación del esposo y 3 casos por no acudir a sus citas. Quedando de esta forma reducida la muestra a - 58 parejas al finalizar la investigación.

Los estudios realizados a las 58 parejas fueron los siguientes:

Para el nexo femenino, curva de temperatura basal; 58 pacientes (100%), cristalización del moco cervical y su filancia; 58 pacientes (100%), ultrasonografía, 46 pacientes (79.3%), histerosalpingografía en 37 pacientes (63.7%), biopsia de endometrio: 20 pacientes (34.4%), citología vaginal hormonal: 6 pacientes (10.3%), prueba de Rubin en 5 pacientes (8.6%), a ninguna paciente se le practico laparoscopia (ver cuadro 1).

Los resultados obtenidos de acuerdo a la curva de temperatura basal fueron los siguientes: 48 pacientes (82.7%), tuvieron curva de temperatura basal normal, y 10 casos (17.2%), presentaron curva monofasica.

En cuanto a la cristalización y filancia del moco cervical el 100 por ciento se reporto normal.

Con la ultrasonografía se demostró que: 6 pacientes (10.3%), presentaban poliquistosis ovarica, 40 casos (86.9%), fueron normales.

La biopsia de endometrio para el total de las pacientes que lo realizaron fue: endometrio proliferativo en 4 casos (66.6%), y endometrio secretor en 2 casos (33.3%).

La prueba de Rubin no reporto alteración ninguna.

Las patologías más frecuentes encontradas fueron las siguientes: para infección tubaria que fueron 10 casos (17.2%), de los

cuales un caso (10%), presento enfermedad pelvica inflamatoria inespecifica y 9 casos (90%) presento blenorragia.

En cuanto al factor ovarico, 6 pacientes (10.3%) presentaron poliquistosis ovarica.

En 30 casos (51.7%) no se llego al diagnóstico.

Hablando del factor uterino: 3 pacientes (5.1%), cursaron con endometriosis.

Un caso (1.7%), tubo alteraciones hormonales (hiperestrogenismo) - (ver cuadro 3).

En relacion con los 58 varones estudiados, solo 30 casos (51.7%), practicaron espermatoescopia, quedando 28 casos (48.2%), sin estudiarse.

Los resultados obtenidos por la espermatoescopia fueron los siguientes: 22 casos (73.3%), fueron normales, 8 casos (26.6%), tubieron alteraciones en la espermatoescopia. Como hallazgo encontramos, 15 casos (50%), con reporte de gonococo.

La edad promedio de las parejas estudiadas fueron: de 18 a 23 años - 5 parejas, (8.6%), de 24 a 30 años, 32 parejas (55.1%), de 30 a 35 años 21 parejas (36.2%), ver cuadro 4.

El porcentaje de parejas que lograron conocer la causa de esterilidad fueron 23 casos (48.2%), y 30 casos no se determino el diagnóstico, (ver grafica II).

Al finalizar el estudio, el número de parejas que logro el embarazo fue de 12 casos (20.6%), de los cuales 4 casos (33.3%), si tubieron diagnóstico y 8 casos (66.6%), fueron de causa desconocida. (Ver cuadro 5 y grafica 3).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.Z. No. 3 SUR C/ MÉD. FAMILIAR
MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
MAZATLAN, SINALOA

MESES DEL 1o. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

CUADRO No. 1

ESTUDIOS REALIZADOS A LA PAREJA CON DIAGNOSTICO DE ESTERILIDAD
PRIMARIA

ESTUDIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CURVA DE LA TEMP. BASAL	58	100 %
PRUEBA DE RUBIN	5	8.6 %
ESPERMATOBIOSCOPIA	30	51.7 %
CRISTALIZACION Y FI- ANCIANCIA DEL MOCO CER- VICAL.	58	100 %
BIOPSIA DE ENDOMETRIO	20	34.4 %
CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL	6	10.3 %
HISTEROSALPINGOGRAFIA	37	63.7 %
ULTRASONOGRAFIA	46	79.3 %
LAPAROSCOPIA	0	0 %

FUENTE DE INFORMACION:

EXPEDIENTE CLINICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
 MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
 EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
 MAZATLAN, SINALOA

MESES: DEL 1o. DE FEBRERO DE 1987 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

CUADRO No. 2

CAUSAS POR ORDEN DE FRECUENCIA DE ESTERILIDAD PRIMARIA DE LAS
 PAREJAS ESTUDIADAS.

CAUSAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
FACTOR TUBARIO	10	17.2 %
FACTOR OVARICO	7	12 %
FACTOR UTERINO	3	5.1 %
FACTOR TESTICULAR	8	13.7 %
CAUSA DESCONOCIDA	30	51.7 %

FUENTE DE INFORMACION:

EXPEDIENTE CLINICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
EN EL H.G.Z. No. 3 SUR ES
MAZATLAN, SINALOA

MESES: DEL 1o. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

CUADRO No. 3

PATOLOGIAS CAUSANTES DE ESTERILIDAD PRIMARIA EN LAS PAREJAS ESTUDIADAS.

P A T O L O G I A	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
INFECCION TUBARIA	10	17.2 %
POLIQUISTOSIS OVARICA	6	10.3 %
ALT. HORMONALES	1	1.7 %
ALT. EN ESPERMATOGENESIS FOR INFECCIONES	8	13.7 %
ENDOMETRIOSIS	3	5.1 %
DESCONOCIDA	30	51.7 %

FUENTE DE INFORMACION: EXPEDIENTE CLINICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
 MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
 EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
 MAZATLAN, SINALOA

MESES 1o FEB al 30 SEPT 1987

CUADRO No. 4

EDAD PROMEDIO DE LAS PAREJAS ESTUDIADAS

A Ñ O S	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
18 - 23	5	3.6 %
24 - 30	32	55.1 %
30 - 35	21	36.2 %

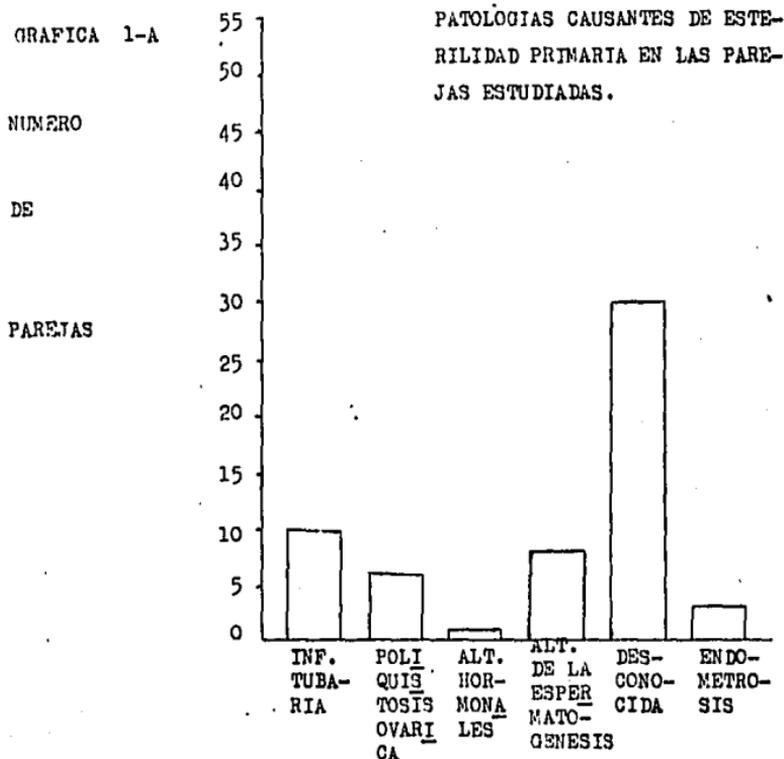
FUENTE DE INFORMACION:

EXPEDIENTE CLINICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
MAZATLAN, SINALOA

MESES: DEL 1o. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987.

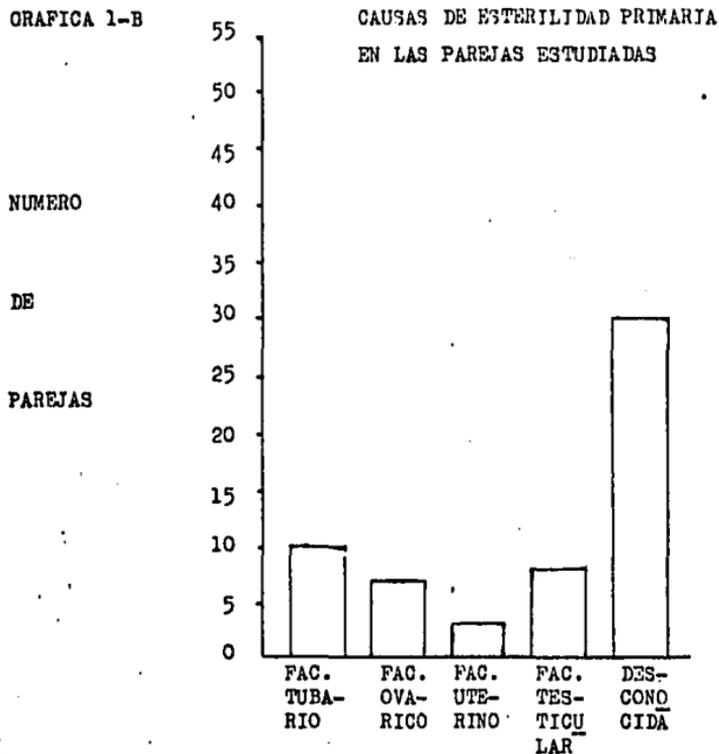


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
 MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
 EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
 MAZATLAN, SINALOA

MESES DEL 1o. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

GRAFICA 1-B



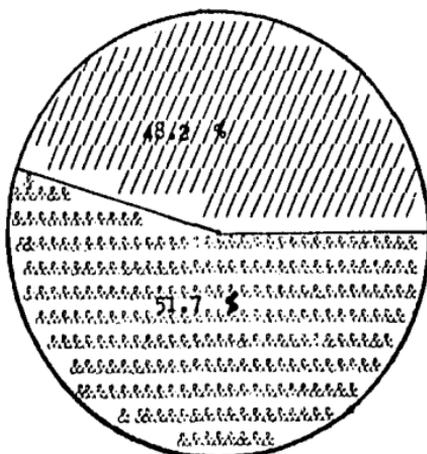
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
 MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
 EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
 MAZATLAN, SINALOA

MESES: DEL 10. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

GRAFICA II

PORCENTAJE DE PAREJAS QUE DETERMINARON LA CAUSA DE ESTERILIDAD
 PRIMARIA.



///

PORCENTAJE DE PAREJAS QUE NO SE DETERMINO EL DIAGNOSTICO

PORCENTAJE DE PAREJAS QUE SI SE DETERMINO LA CAUSA

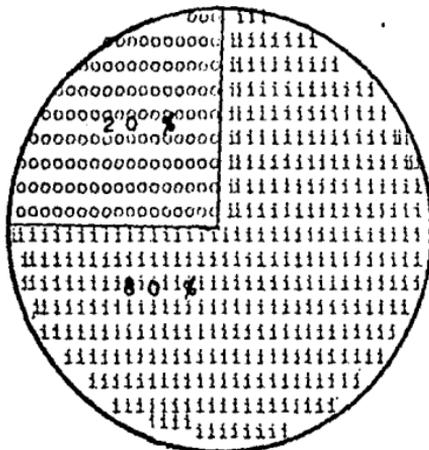
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 H.G.Z. No. 3 SUR C/ MED. FAMILIAR
 MAZATLAN, SINALOA

CAUSAS DE ESTERILIDAD PRIMARIA
 EN EL H.G.Z. No. 3 SUR DE
 MAZATLAN, SIN'LOA

MESES: DEL 1o. DE FEBRERO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1987

GRAFICA III

PORCENTAJE DE PAREJAS QUE LOGRARON EMBARAZO EN RELACION AL TO-
 TAL DE LA POBLACION ESTUDIADA



oooo PORCENTAJE DE EMBARAZOS

iiii PORCENTAJE QUE NO LOGRARON EMBARAZO

DISCUSION Y COMENTARIOS

De una muestra de 66 parejas seleccionadas para el presente estudio, 8 parejas fueron excluidas del estudio por las siguientes causas: 5 parejas por falta de cooperación del esposo y 3 casos por no acudir a sus citas. Quedando de ésta forma reducida la muestra a 58 parejas al finalizar la investigación.

Los estudios realizados a las 58 parejas fueron los siguientes:

Para el nexo femorino: curva de temperatura basal= 58 pacientes (100%), cristalización del moco cervical= 58 pacientes (100 %), ultrasonografía= 46 pacientes (79.3%), historosalpingografía = 37 pacientes (63.7%), biopsia de endometrio = 20 pacientes (34.4%), citología vaginal hormonal = 6 pacientes (10.3%), prueba de Rubin = 5 pacientes (8.6%). A ninguna paciente se le practico laparoscopia, (ver cuadro 1) Con los datos anteriormente expuestos queda demostrado que las pruebas que se realizaron en un 100%, fueron la curva de temperatura basal y la prueba de filancia y cristalización del moco cervical.

Los resultados obtenidos de acuerdo a la curva de temperatura basal fueron los siguientes: 48 pacientes (82.7%), tuvieron una curva de temperatura basal normal, y 10 casos (17.2%) presentaron curva monofásica. Teniendo como variable de error la técnica utilizada por las pacientes para la tabulación de ésta.

En cuanto a la cristalización y filancia del moco cervical en el 100 % se reporto normal.

Con la ultrasonografía se demostró que 6 pacientes (10.3%), presentaban poliquistosis ovárica y 40 casos, 86.9% fueron normales. La mayoría de dichos ultrasonogramas fueron realizados por gabinetes particulares encontrando diferentes técnicas de interpretación.

La prueba de Rubin no reporto alteración alguna.

En relación con las patologías más frecuentemente encontradas, se observó que la infección tubaria reportó 10 casos con porcentaje de -

(17.2%), de los cuales un caso con porcentaje de (10%), de enfermedad pélvica inflamatoria inespecífica, así como 9 casos de blenorragia con porcentaje de (90%),

En los casos en los que se encontrarán alteraciones ováricas (ovario poliquístico), fue un porcentaje de (10.3%),

En éste mismo apartado no se llegó a ninguna conclusión en 30 casos con porcentaje de 51.7%.

En el apartado que se relaciona con el factor uterino encontramos 3 casos con endometriosis, con porcentaje de (5.1%).

En relación con las alteraciones hormonales se detectó un caso con hiperandrogenismo con porcentaje de (1.7%).

A los varones únicamente se les practicó espermatozoides por no contar con otro método en la unidad. De los cuales únicamente se les realizó a 30 de ellos (51.7%), quedando 28 casos sin realización de ésta prueba por renuencia del paciente.

Los hallazgos obtenidos fueron los siguientes:

22 casos resultaron normales con porcentaje de 73.3%, 8 casos 26.6% reportaron alteraciones en la espermatogénesis, entre estos pacientes estudiados se detectaron en forma fortuita 15 casos (50%) con gonococo es decir, la mitad de los estudiados presentaron infección gonocócica con los resultados ya conocidos de ésta patología sobre la función de ambos sistemas genitales.

En relación con las edades promedio de las parejas estudiadas se encuentra predominio de edad, entre los 24 y 30 años con porcentaje de (55.1%), seguido del grupo de 30 a 35 años con 21 parejas representando un(36.2%), y en menor proporción en edad de 18 a 23 años con porcentaje de (8.6%), lo que demuestra que en éstas parejas existe probablemente más interés por conocer y tratar de lograr un embarazo a diferencia del grupo etario más joven.

En las parejas que concluyeron el estudio encontramos que sólo 28 - casos logro integrar un diagnóstico concluyente con porcentaje de (51.7)

Al finalizar el estudio, el número de parejas que logró el embarazo fue de 12 casos (20.6%), de los cuales unicamente 4 casos (33.3%), obtubieron el diagnóstico final y 8 casos (66.6%) con causa desconocida.

Por los datos obtenidos en este estudio se verifica la hipótesis de nulidad que dice: "Las parejas con esterilidad primaria, la mayoría - no llegan a determinar los factores causantes de la misma".

Ya que en el presente estudio el (51.7%), no logró un diagnóstico concluyente. Notandó que el protocolo de estudio para determinar la etiología de la esterilidad primaria no se lleva en forma adecuada por no contar con los recursos humanos y técnicos apropiados, por lo que no - es posible en forma adecuada a estas parejas que buscan ayuda.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se diseñó para investigar los factores más frecuentes de esterilidad primaria en parejas derechohabientes del -- H02 # 3 de Mazatlán, Sinaloa, así como el porcentaje de dichas parejas que logran conocer la causa o factor que condiciona la esterilidad.

Por otro lado se investigó el tipo de estudios realizados en este -- hospital y la frecuencia de los mismos.

El objetivo del estudio consistió en investigar mediante revisión -- de expedientes, las causas más frecuentes de esterilidad primaria.

En este estudio se seleccionó un total de 66 pacientes de los cua-- les 8 fueron excluidos por las siguientes causas: falta de coo-- peración del esposo (5), y ausentismo a las citas (3).

Al finalizar el estudio la muestra quedó reducida a 58 parejas.

El periodo de revisión de expedientes se inició el 10. de Febrero -- y finalizó el 30 de Septiembre de 1987.

Con los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

- 1.- La mayoría de las parejas estudiadas estuvieron entre las edades -- de 24 a 35 años.
- 2.- Los estudios que más frecuentemente se realizaron son: temperatura -- basal y cristalografía, seguido de ultrasonografía.
- 3.- Para el sexo masculino sólo se cuenta con el estudio de Espermato -- bioscopia.
- 4.- El sexo masculino presentó más renuencia para los estudios.
- 5.- La causa más frecuente de esterilidad primaria en los casos estu -- diados fué la de origen desconocido.
- 6.- El 48.2% de las parejas llegaron a conocer la causa de esterili -- dad primaria.
- 7.- Sólo el 20% de las parejas estudiadas lograron el embarazo duran -- te un lapso de 6 meses de seguimiento.

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

PREPARACION, INDICACIONES Y HALLAZGOS DE LA LAPAROSCOPIA EN ESTERILIDAD EN DOS GRUPOS DE PACIENTES. DR. VICTOR RUIZ VELASCO. DR. JAVIER ROSAS ARCEO. Vol. 44 Número 266, Pag 451, Diciembre de 1978. GINECO OBSTETRICIA DE MEXICO

ENDOMETRIOSIS Y ESTERILIDAD. DR. J.T. GONZALEZ GUTIERREZ, DR. ANTONIO GOMEZ RUIZ VELASCO, Volumen 46 Número 278, Pag. 453, Diciembre de 1979, GINECO OBSTETRICIA DE MEXICO.

ESTERILIDAD. DR. VICTOR RUIZ VELASCO. Pag. 959-982 A.M.H.G.O. No.3.- I.M.S.S. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, COORDINADOR DR. EDUARDO NUÑEZ MACIEL, TERCERA EDICION. EDITORIAL MENDEZ OTEO.

MANEJO QUIRURGICO DEL FACTOR TUBO-PERITONEAL COMO CAUSA DE ESTERILIDAD: DR. FELIZARDO ELIZONDO ELIZONDO, DR. MANUEL R. GONZALEZ BRISEÑO, Volumen 48, Número 285, Pag. 51, Julio de 1980, GINECOOBSTETRICIA DE MEXICO.

TECNICA MICROQUIRURGICA EXPERIMENTAL APLICACIONES EN ESTERILIDAD CONYUGAL, DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS, Volumen 48, Número 289, p.p. 355, Noviembre 1980, GINECO OBSTETRICIA DE MEXICO.

EL FACTOR OVARICO EN ESTERILIDAD CONYUGAL. DR. ROGELIO F. GARCIA FLORES, DRA. JUANITA VAZQUEZ MENDEZ. Vol. 51 No. 314 p.p., 157, Junio de 1983, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO.

ESTERILIZACION FEMENINA, ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 PRACTICAS LAPAROSCOPICAS. LUIS C. URIBE RAMIREZ, RAFAEL CAMARENA VERGARA, y col. Vol. 21, No. 1 p.p. 6372, enero-febrero 1983. REVISTA MEDICA DEL I.M.S.S.

ESTERILIDAD CONYUGAL POR LESION INFUNDIBULO AMPULAR SEVERO. DR. ROGELIO F. GARCIA FLORES, Y Col. Vol. 52, No. 328, p.p. 207-210, agosto de 1984 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO.

EVALUACION DEL FACTOR TUBARICO EN ESTERILIDAD, ESTUDIO COMPARATIVO EN TRES METODOS. DRA. JUANITA VAZQUEZ MENDEZ Y Col. Vol. 52, No. 329, - p.p. 237-240 Sept 1984. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO.