

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3,
"HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE"

107

DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE PATOLOGIA DE URGENCIA NO OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA

ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

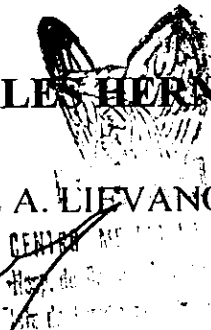
P R E S E N T A

DRA. SARA MORALES HERNANDEZ



ASESOR: DR. SAMUEL A. LIEVANO TORRES

MEXICO D.F.



270013

FEBRERO DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No 3
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "

DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DE URGENCIA
NO OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No 3 DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL
" LA RAZA "

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ;

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA SARA MORALES HERNANDEZ

ASESOR : DR. SAMUEL LIEVANO TORRES

MEXICO D.F. FEBRERO 2000.

**DETERMINACION DE LA PREVALENCIA
DE PATOLOGÍA DE URGENCIA NO
OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE
GINECOOBSTETRICIA No 3 CENTRO
MEDICO NACIONAL “ LA RAZA “**

INDICE

	Pag.
DEDICATORIAS	
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	18
ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	29

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A DIOS : Por que nada me ha faltado

AI DR. SAMUEL LIEVANO : Por su valiosa colaboración y apoyo para la realización y culminación de esta tesis.

A MIS PADRES : Los cuales me dieron las bases : dedicación y honradez ; y la mejor herencia : el estudio y con ello lo que ahora soy.

A MIS HERMANOS : Los que de alguna manera directa o indirecta me han apoyado siempre.

A MI ESPOSO : Que ha estado con migo desde el inicio de mi especialidad y ha tolerado mi ausencia y falta de atención hacia el ; y que con su cariño me ha impulsado.

A MI HIJO : De una manera muy especial por que ha llenado mi vida de dicha llegando en el momento mas indicado y ha sido el impulso final y al cual espero nunca defraudar. " Te amo bebe "

ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Al iniciar su gestión como presidente el General Manuel Ávila Camacho señaló " Todos debemos asumir desde luego el propósito que yo desplegaré con todas las fuerzas de que un día próximo las leyes de la seguridad social protejan a todos los mexicanos en las horas de adversidad, en la orfandad, en la viudez de las mujeres, en la enfermedad, en el desempleo, y en la vejez, para subsistir este régimen secular que por la pobreza de la nación hemos tenido que vivir", acorde con dicho planteamiento nombro una comisión técnica que elaboro el proyecto respectivo el que una vez sometido el proceso legislativo adquirió la jerarquía de ley al publicarse en el diario oficial de la federación el 19 de enero de 1943 y cuyas características principales consistían en establecer que el seguro social constituía un servicio publico nacional obligatorio, cuyos sujetos obligados eran los trabajadores asalariados, los miembros de cooperativas de producción y los aprendices cubriendo los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales y de maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía involuntaria en edad avanzada. Obligó a las empresas privadas, estatales y de administración obrera o mixtas a asegurar a todos sus trabajadores, así como a miembros de las sociedades cooperativas de producción, también estableció que la organización y administración del seguro social estuviera a cargo de un organismo descentralizado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, formando su fondo financiero por medio de un régimen de contribución tripartita, con personalidad jurídica propia y patrimonio independiente.

En enero de 1945 se decide la construcción del hospital de La Raza el sitio elegido es la esquina de la calzada Vallejo y Río Consulado frente al monumento de la raza en terrenos con una superficie total de 43,752.66 mas cuadrados y arrea a construir de 50,000 mas cuadrados, en el mismo año se inicia la construcción en el sitio prefijado, el Dr. Nefthali Rodríguez y el Arquitecto Hannes Meyer presentan el programa medico arquitectónico el 21 de mayo de 1945 no obstante las condiciones privativas de nuestro medio, resultado de la Segunda Guerra Mundial impiden el desarrollo de la construcción.

Hacia 1955 el hospital de la Raza aun no había sido concluido debido a numerosos cambios al proyecto original. El 10 de febrero de 1954 finalmente es inaugurado el Hospital de la Raza con 111 camas, el hospital empieza a funcionar en el mes de marzo de esta año.

El 19 de junio de 1964 es inaugurado el hospital de GINECOOBSTETRICIA numero 3 por el entonces presidente de la república Adolfo López Mateos.

SEMBLANZA HISTORICA DEL HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA No 3 C.M.R.

Cuando se inauguro el hospital de Ginec obstetricia No 3 era unidad modelo la distribución de los servicios y del personal medico reflejaban claramente la necesidad de cubrir la gran demanda obstétrica : 2 pisos (segundo y tercero), con un total de 132 camas estaban asignados al puerperio fisiológico; uno (el cuarto) con 66 camas; era para complicaciones obstétricas y en el quinto piso había

además 17 camas para sangrados de la primera mitad del embarazo. La distribución de la unidad tóco quirúrgica era acorde a estas ideas: 3 salas de labor con 8 salas de expulsión y solo había 5 quirófanos. Se contaba con una sala de recuperación donde se asignaron 2 camas para pacientes graves obviamente, había un servicio de ginecología (con 40 camas), en el quinto piso y en la consulta externa existían 12 consultorios de los cuales eran 3 para ginecología, el resto para obstetricia además de los apoyos indispensables de laboratorio clínico y de patología (en el sótano), rayos X y de un pequeño banco de sangre, aparecieron pequeñas islas que fueron las bases del futuro desarrollo. Un cubículo en el segundo piso para citología vaginal y un pequeño laboratorio de fisiología obstétrica en el primer piso, para estudios de fisiología uterina a la usanza de la famosa escuela de Montevideo.

La pediatría corría paralela a esas necesidades y en el quinto piso había un "servicio de prematuros", con unas cuantas incubadoras y los cuneros para recién nacidos normales estaban en el segundo, tercero y cuarto pisos.

La dotación de aulas para un hospital escuela consistía en un solo auditorio amplio en el primer piso, donde se encontraban también, el cuerpo de gobierno y una muy amplia zona de residencia con cuartos de 3 camas, baños y sala de estar.

Obviamente, la atención obstétrica era predominante y no eran raros los días de mas de 100 partos y 20 a 30 legrados, con un porcentaje de cesáreas que no habían de rebasar el 5% por que esto

iba contra las normas obstétricas vigentes. La cirugía ginecológica era escasa de 2 a 3 por día con predominio de colporrafias; un buen número de colpectomias, sobre todo abdominales, ya que las vaginales quedaban reducidas a los prolapsos francos.

Las inquietudes de actualización e investigación se canalizaban a través de las clínicas de las cuales formaron las de toxemia, mola y Rh negativo.

Poco a poco se generaron cambios en función de las demandas, al principio fueron pocos y muy parciales; por ejemplo en el sexto piso (azotea) se construyeron 2 aulas y la biblioteca, así como el vestidor de médicos. Frente a rayos X se construyeron consultorios donde entre otras cosas, se inicio la atención de pacientes estériles lo que posteriormente fue el servicio de Biología de la Reproducción; Citología exfoliativa creció en productividad y se anexo a anatomía patológica. Una de las salas de labor se adaptó para que funcionara como terapia intermedia e intensiva, de manera que el apoyo que al principio brindaba un medico cardiólogo empezó a conformar el servicio de Medicina Interna.

A fines de la década de los setenta se hizo una gran remodelación que abarco la planta baja y el primer piso con ampliación de la unidad toco quirúrgica y el cambio de la jefatura de enseñanza e investigación al sexto piso.

Se modifico la atención obstétrica sobre la base de atender fundamentalmente pacientes con embarazos de alto riesgo y de enviar a las normales o de riesgo bajo a los hospitales generales de zona.

Terminadas las obras se reabrió el hospital a fines de 1982 y se inicio este ultimo quinquenio que ha sido rico en logros; la reducción del numero de camas permitió disponer de un hospital de tercer nivel. Así contamos con cuidados intensivos del recién nacido y de adultos. La ginecología se enriqueció con un grupo oncológico que maneja cáncer ginecológico y de mama, a nivel de consulta externa, cirugía y quimioterapia. El servicio de Biología de la Reproducción y Endocrinología ginecológica maneja niveles sofisticados de estudios y tratamientos donde la laparoscopia y la microcirugía pronto serán complementadas con trabajos de transferencia de embrión.

La obstetricia se contempla desde el horizonte de la perinatología, con los apoyos actuales de los registros cardiotocograficos, de ultrasonido y amnioscentesis.

Se mantienen campañas continuas de riesgo reproductivo y fomento a la salud y se cumplen programas delegacionales e institucionales, como puerperio de corta estancia, cirugía ambulatoria, etc.

CONSTRUCCIÓN Y EVOLUCION DEL HOSPITAL

Siendo presidente de la República Mexicana el Sr. Adolfo López Mateos , se pensó que debería existir un hospital de ginecoobstetricia

de un nivel mayor de atención médica para la población que ocupaba todo el norte de la ciudad, se pensó en construir un hospital llamado en ese tiempo concentración y ubicado en la zona norte.

Existía en esta zona un hospital que fue el primero en especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social y se le quedó el nombre de Hospital General de Zona núm. Uno.

El día 2 de marzo de 1963 se inician las obras del hospital, que venía a quedar situado al Norte de la Ciudad, colindando con el de Zona Uno y teniendo una ubicación referida en el plano como se describe a continuación:

Hacia el sur colinda con la calle de ZACHILA, al norte con la calle TOLSANO (posteriormente será Ferrocarril Industrial), al este con avenida vallejo y al Oeste con la calle de SERIS.

El 19 de junio de 1964 se inician actividades como Hospital, entregando como construcción 2 edificios, uno de 6 pisos que funciona como hospitalización, quirófanos y departamentos de ayuda, otro separado del edificio principal, propio para la consulta externa y para el archivo clínico, conocido como la "estrella". Se inicia la hospitalización con 255 camas y 48 incubadoras.

Pensando en la necesidad de ofrecer mejor y más especializada atención, y tratando de hacer el CENTRO MEDICO LA RAZA como un sitio de proyección nacional e internacional se decide una remodelación. Contando con un área de terreno de 7074mts cuadrados, tratando de ampliar servicios y áreas de quirófanos.

El 16 de noviembre de 1982 se inicia el trabajo de hospitalización en la reinauguración, siendo presidente de la República Mexicana, el Sr. Lic. José López Portillo, el director del seguro social, el Sr. Lic. Arsenio Farell Cubillas. Esta construcción también quedó integrado por dos edificios, uno para consulta externa exclusivamente llamado

"la estrella" y otro de hospitalización donde alberga a todos los servicios médicos y paramédicos, así como vestidores y comedor.

Contando con 16 camas de hospitalización fija y 36 de las llamadas no censables, 7 quirófanos donde se realizan cirugías de tercer nivel, salas de expulsión, área de terapia intensiva para adultos y recién nacidos, así como 144 cunas, en el área de consulta externa cuenta con 21 consultorios.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD

Superficie en metros cuadrados:

Terreno	14,365
Construcción	27,904
Obras ext.	8,312
Áreas verdes	272
Azoteas	6,802
Pisos	15,267
Vidrios	6,915
Cantera	2,864
Mármol	650
Cemento firme	9,822
Azulejos	4.451
Lambrines de madera	587

Superficie pisos en metros cuadrados:

6°. Piso	Jefatura de enseñanza	357
5°. Piso Ote.	Prematuros terapia intensiva	799
5°. Piso Pte.	Prematuros incubadoras	

4°. Piso Ote.	Ginecología alto riesgo y oncología ginecológica	799
4°. Piso Pte.	Cunas terapia intermedia (alimentación parenteral y aislados)	
3°. Piso Ote.	Perinatología	799
3°. Piso Pte.	Perinatología	
2°. Piso Pte.	Perinatología	
1°. Piso	Gobierno de la unidad	717
1°. Piso	Laboratorio clínico	717
PB. Ote.	Consulta ext. ESTRELLA	1,388
PB. Ote.	Rayos X.	440
PB:Pte	Unidad toco quirúrgica y CEYE	2,110
Sótano Ote.	Vestidores mujeres	662
Sótano Ote.	Vestidores hombres	612
Sótano Pte.	Oficinas administrativas, nutrición Y dietética, subCEYE y patología	1,044
Edificio anexo	Ropería, citología, subalmacén y Conservación	705

Distribución de áreas y servicios

Pisos	Oriente	Poniente
6	Jefe enseñanza e invest. aulas Secretaria	Biblioteca Dibujo clínico Reproducciones gráficas
5	Terapia Intensiva Neonatal	Jefatura neonatología Jefatura pediátrica

	Medicina Preventiva Fomento a la salud	Prematuros Pte. Lab. Leches Cendis
4	Biología reproducción Oncología 401-408 Ginecología 411-432	Jefatura Ginecología Oncología Cuneros fisiológicos Sección potencialm.infect -Aislados premat. Y term. -Aliment. Parenteral -Exanguineo Cendis
3	Perinatología II camas 301-332 Residencia Médicos	Jefatura Perinatol. II Jef. Biolog. Reprod. Camas 333-366
2	Perinatología I camas 201-232 Residencia Médicos	Jef. Perinatol. I Medicina Fetal, cardiote- cografía, ecosonografía Camas 233-266
1	Dirección Subdirección médica Subdirección administ. Subdirección med. Vesp. Jefatura enfermeras Contraloría Contabilidad	Psicología Lab. Análisis clínicos Lab. Endocrinología Sala espera Cubículo

	sindicales
Checadores	Intendencia
Vestidores personal	C.E.Y.E
Vigilancia	Casa de máquinas
	Vestidores personal.

Productividad general del Hospital de Gineco obstetricia No 3 análisis

La productividad refleja el esfuerzo realizado por todos los médicos durante los 25 años de servicio, por necesidades de la institución ha funcionado con carácter regional por lo que presta apoyo a otras delegaciones del D.F, Edo. de México, Querétaro, Guerrero, Campeche, Yucatán, Quintana Roo y en forma ocasional al Centro Médico de Occidente.

La productividad fue dividida en 3 periodos: El primero comprende de 1964 a 1973, el segundo de 1974 a 1983 y el tercero corresponde al último quinquenio comprendido de 1984 a diciembre de 1988.

Productividad de la consulta externa

Desde el inicio de labores del hospital se han otorgado 1,223,712 consultas de las cuales 689,736 corresponden a pacientes obstétricas (56.56%). El total de consultas del servicio de ginecología fue de 411,396 (33.6%). En la consulta obstétrica hubo un decremento notorio llegando hasta 35% lo cual se explica debido a que en el primer periodo se atendía consulta prenatal en general y a partir del segundo periodo la consulta es básicamente de pacientes con embarazo de alto riesgo.

Los 10 principales motivos de consulta de 1985-1988 son:

- Esterilidad de la mujer	23,196
- DM y enf. Cardiovasculares que complican el embarazo	11,489
- Infección de vías urinarias en el embarazo	10,260
- Atención consecutiva a cirugía	8,947
- control de embarazo de alto riesgo	8,323
- Incompetencia ístmico cervical	7,277
- Displasia mamaria benigna	5,604
- Leiomioma uterino	4,926
- Ca del cuello uterino	4,896
- Hipertensión que complica el embarazo	4,444

Unidad toco quirúrgica

Se han atendido 1,068,830 urgencias, con un promedio de 118 pacientes por día que proceden de las UMF, HGZ y otras delegaciones. Algunas pacientes acuden en forma espontánea.

Cesáreas :

Es el evento quirúrgico más frecuente en obstetricia y se ha observado un incremento importante que varía de 9.84% a 43% respecto al total de los partos, este incremento se debe a que en la actualidad se atiende a pacientes con alto riesgo obstétrico en su mayoría, lo que implica la necesidad de interrupción del embarazo a edades más tempranas con los consecuentes problemas de prematuridad. Partos atendidos en 25 años 350,719; de los cuales 275,616 fueron eutócicos y 75,103 fueron cesáreas.

Abortos:

También se ha observado un descenso importante y se explica en primer lugar por la amplia difusión de los programas de planificación

familiar y en segundo lugar por la atención de pacientes con abortos no complicados en hospitales de segundo nivel.

Los nacimientos totales en 25 años fueron de 355,812 de los cuales 345,251 fueron nacidos vivos y 10,564 mortinatos. Del total de nacidos vivos 293,727 fueron de término y 51,524 prematuros.

Las intervenciones quirúrgicas que se realizaron de 1985-1988 fueron:

- Cesárea kerr	18,173
- Operación de trompas de Falopio	4,719
- Histerectomía	2,552
- Episiotomía media	2,295
- Conización cervical	1,975
- Laparoscopia diagnóstica	914
- Operación de mama	565
- Laparotomía exploradora	507
- Escisión de quiste de ovario	472
- Colporrafia anterior y posterior	382

Hospitalización:

Existe un aprovechamiento óptimo de los recursos, tanto en lo que se refiere a camas censables, cunas, incubadoras, pues la ocupación es prácticamente del 100%.

Los ingresos en 25 años fue de 482,938 en obstetricia, de 75,453 de ginecología y de 10,183 en pediatría.

Los principales diagnósticos de egreso de 1985-1988:

- Parto eutócico	11,772
- Hipertensión que complica emb. Parto y puerperio	6,257
- Amenaza de parto pretermino	4,520
- Cesárea Previa	3,951
- Sufrimiento Fetal agudo y crónico	3,651
- Ruptura Prematura de membranas	3,446
- Desproporción cefalo pélvica	3,201
- Aborto incompleto	2,913
- Parto distócico	2,100
- DM y enf. Cardiovasculares que complican el embarazo	1,895

PROBLEMA

¿ Que pacientes acuden al servicio de admisión como verdaderas "urgencias" no obstétricas?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de urgencias verdaderas no obstétricas en el Hospital de Ginecobstetricia número 3 del Centro Médico La Raza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el número de pacientes por diagnóstico que ingresan a la Unidad toco quirúrgica.
- Determinar los grupos de edad por diagnóstico que acuden a la Unidad Tococquirurgica.
- Determinar el número de pacientes y destino dentro del hospital.
- Determinar el número de pacientes admitidos por urgencias no obstétricas o programadas en el hospital.

SITIO DE REALIZACIÓN

Servicio de admisión del Hospital de Ginecobstetricia número 3 Centro Médico La Raza en un periodo de 8 meses.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, retrospectivo, descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes no obstétricos que acuden al servicio de admisión en el año de 1998 con características de urgencia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que ingresan con diagnóstico no obstétrico de urgencia que se corrobora como obstétrico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes seleccionadas de la muestra en forma aleatoria en un total de 8 meses.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

INDEPENDIENTES: Prevalencia de patología de urgencia.

Número de casos dados en una población que requieren atención inmediata.

La Prevalencia representa el número de casos en un momento dado; está en función de una incidencia y su duración (duración media de la enfermedad). Se utiliza para medir la morbilidad de las enfermedades crónicas y para determinar las necesidades sanitarias (camas hospitalarias, beneficios sociales, etc) (11)

Endometriosis: Presencia de tejido endometrial, glándulas y/o estroma fuera de la cavidad endometrial que se manifiesta con dolor pélvico.(3)

Es una enfermedad benigna de etiología desconocida, ocurre de 1-5% en población femenina, lo incierto de su etiología ha generado muchos juicios en el tratamiento médico. (10)

Hemorragia uterina disfuncional: Síntoma complejo que abarca cualquier hemorragia uterina anormal en ausencia de embarazo, tumor, infección u otra lesión intrauterina. (4)

Miomatosis: Tumor uterino que se origina de células musculares lisas del útero y que pueden manifestarse en una hemorragia anormal.(4)

La degeneración de un mioma uterino es rara y usualmente ocurre durante el embarazo y puerperio. Los síntomas consisten en dolor abdominal y fiebre de bajo grado, datos de abdomen agudo. El diagnóstico diferencial incluye carcinoma endometrial, sarcoma uterino, fibroma de ovario. (6)

Torsión anexial: Quinta causa más común de emergencia ginecológica, encontrándose un incremento en la incidencia de compromiso de anexo derecho, también como OTB previa, llevando a desestabilización de tuba de Fallopio predisponiendo a la torsión. Sin un diagnóstico oportuno se llega a la necrosis, peritonitis y muerte. (7)

Enfermedad pélvica inflamatoria: Complicación común de enfermedades de transmisión sexual cervicovaginales cuyos factores de riesgo para ascenso de infección son malos hábitos higiénicos, uso de DIU, y duchas vaginales, la etiología pertenece a tres categorías: 1) Microorganismos de transmisión sexual, 2) Patógenos respiratorios y 3) Microorganismos endógenos intestinales y/o vaginales. (5)

Ligadura de hipogástricas: Procedimiento quirúrgico que tiene como indicación precisa sangrados procedentes de útero, cerviz, plano pélvico y vagina, es decir del territorio irrigado por ramas viscerales de arterias hipogástricas; no es sustituto de la correcta hemostasia en padecimientos ginecológicos y obstétricos. (8,9)

DEPENDIENTE: Paciente no obstétrica; mujer no gestante.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

- Recolección de hojas de censo diario hospitalario del servicio de admisión del mes de enero de 1998 y de los meses de mayo a noviembre de 1998.
- Obtención de información como antecedentes importantes para el estudio.
- Se enlistarán patologías gineco-oncológicas correspondientes obteniéndose además información sobre pacientes que ingresen programadas para cirugía, o como cirugía de urgencia.

- Se enlistará el destino de cada una de las pacientes tanto en el hospital como a su egreso del mismo.
- Cuantificación de ingresos para cirugía de urgencia.
- Cuantificación del número de ingresos de pacientes no embarazadas por semana y mes correspondiente.
- Vaciamiento de datos en hojas especiales para registro de pacientes censadas.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se condujo de acuerdo con las recomendaciones de la declaración de Helsinki (y las modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Estadística descriptiva con grafica de Barras, Pastel, Medía y por ciento.

RESULTADOS

MESES	FREC/CONSULTAS	PORCENTAJE
OCTUBRE	646	14.07
JULIO	625	13.61
AGOSTO	618	13.46
ENERO	552	12.02
SEPTIEMBRE	547	11.91
MAYO	543	11.83
JUNIO	543	11.83
NOVIEMBRE	516	11.24

Tabla. I

MES/SEMANA	1	2	3	4	5
ENERO	48	123	141	128	112
MAYO	38	107	127	147	125
JUNIO	130	142	138	124	9
JULIO	111	131	135	145	103
AGOSTO	21	130	146	152	169
SEPTIEMBRE	64	156	124	108	75
OCTUBRE	95	169	135	113	134
NOVIEMBRE	169	134	151	62	0
TOTAL	676	1092	1097	979	727

Tabla. II

PATOLOGÍA	ENERO	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS.	SEPT.	OCT.	NOV.	TOTAL
CA MAMA	84	86	81	101	117	125	110	81	785
MIOMAT. UT	66	48	65	74	77	55	74	62	521
T. OVARIO	46	61	58	82	58	61	84	42	492
ESTERILIDAD	62	55	42	64	67	45	64	37	436
Ca Cu	45	52	50	53	57	72	56	43	428
HUA	44	43	40	52	38	28	52	34	331
MFQ FAM	36	36	38	34	44	28	43	35	294
IUE,TEP	30	38	29	38	37	28	38	29	267
CA ENDOM	16	10	19	17	15	14	18	12	121
CONGEST. P	13	20	9	12	7	6	12	5	84
DISP. CITO HIST	9	1	7	8	11	7	8	6	57
SX DOLOROSO	6	10	4	7	5	4	8	7	51
DCDF	11	2	5	9	4	9	9	2	51
DEHISC HQX	8	3	7	4	8	2	4	5	41
URG. MED QX	7	0	0	7	1	4	2	11	32
DIU TRANS	3	4	3	2	1	5	2	2	22
BARTOLINITIS	5	3	4	1	1	2	0	4	20
ECTASIA DUC	4	4	3	1	2	3	1	1	19
CA VULVA	0	3	1	1	0	2	1	1	9
Q. PARAURET	0	2	0	0	0	0	0	0	2
OTROS	58	58	73	52	73	43	53	87	497

Tabla III

$$\text{CONSULTA POR DÍA (CD)} = \frac{\text{TOTAL CONSULTA}}{\# \text{ DÍAS}} = \frac{4590}{245} = 18.73$$

$$\text{CONSULTAS POR HORA} = \frac{\text{CD}}{24 \text{ HORAS}} = \frac{18.73}{24} = 0.78$$

DESTINO	TOT/PACIENTES	PORCENTAJE
PISO	2250	49
DOMICILIO	616	13.4
QUIRÓFANO	614	13.3
C. E.	389	8.47
RECUPERACIÓN	212	4.61
UMF	181	3.94
LABOR/EXP.	146	3.18
HGZ	114	2.48
OTRA INSTIT	63	1.37
UCI	5	0.1
TOTAL/GLOBAL	4590	100

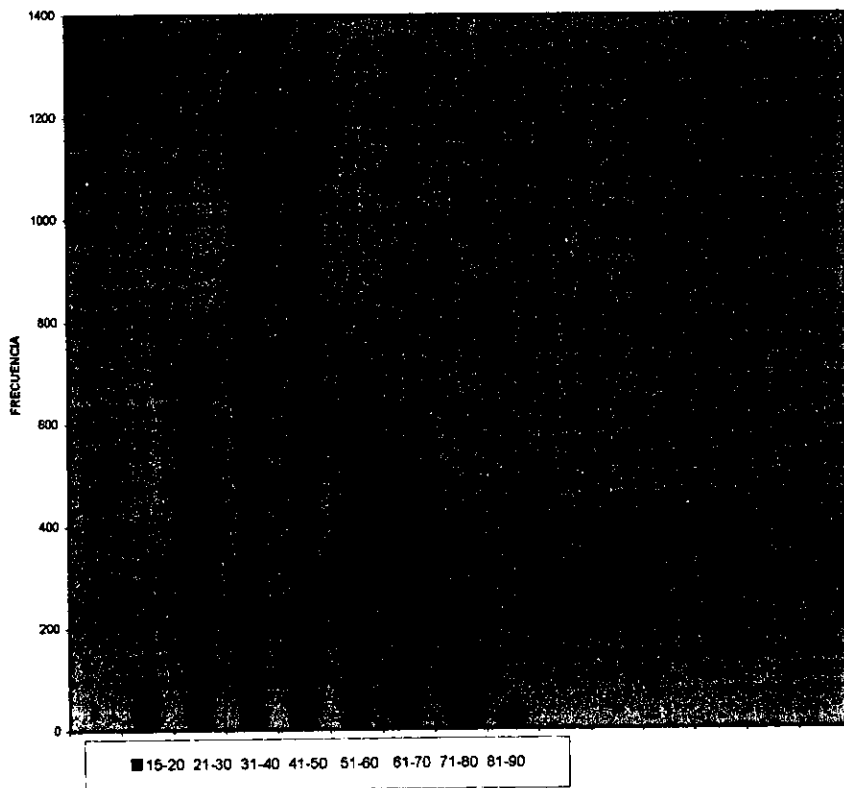
Tabla IV

URGENCIAS	TOTAL/CONSULTAS	PORCENTAJE
U. REAL	972	21.17
U. SENTIDA O PROGRAM	3618	78.83
	4590	100

Tabla V

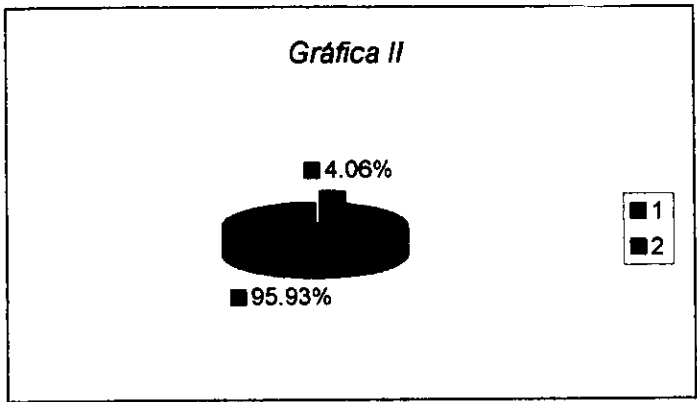
FRECUENCIA	EDADES
100	15-20
764	21-30
1190	31-40
1160	41-50
748	51-60
507	61-70
189	71-80
37	81-90

Gráfica 1

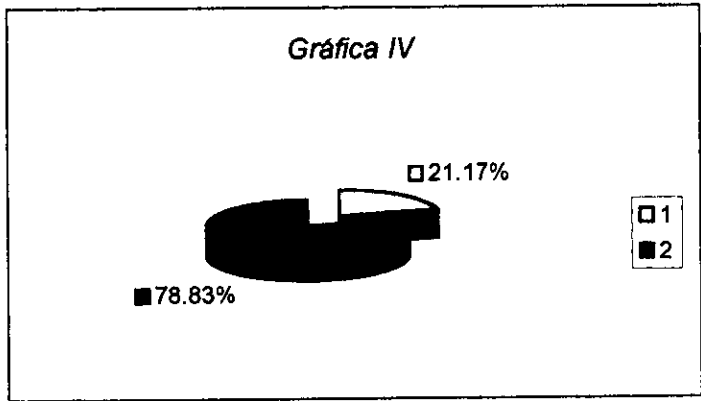


GRUPOS DE EDADES

CIRUGÍA DE URGENCIAS CIRUGÍA PROGRAMADA
4.06% 95.93%

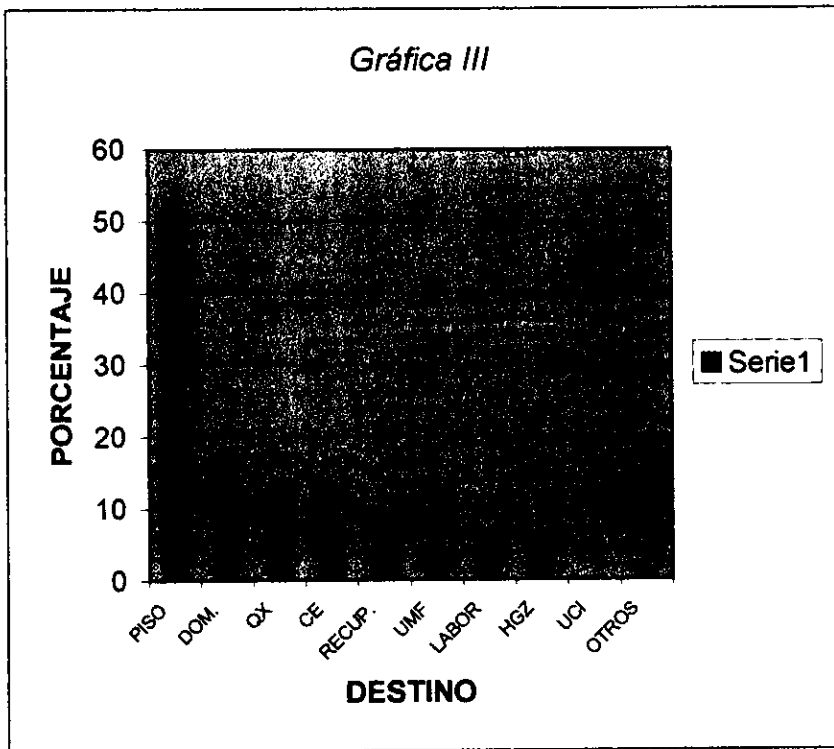


URGENCIA REAL U.SENTIDA O PROGRAM.
21.17% 78.83%



DESTINO	PORCENTAJE
PISO	49
DOM.	13.4
QX	13.37
CE	8.47
RECUP.	4.61
UMF	3.94
LABOR	3.18
HGZ	2.48
UCI	0.1
OTROS	1.37

Gráfica III



ANALISIS DE RESULTADOS

Se analizo la productividad de 8 meses de consulta en el servicio de admisión.

1. El mayor porcentaje de consulta se aprecio en el mes de octubre con 646 consultas que correspondieron a 14.07% seguido del mes de julio con 13.61% (625 consultas). *Ver tabla I.*
2. La productividad por semana fue mayor en promedio en la segunda y tercera semanas de cada mes teniendo menor prevalencia en la primer semana. *Ver tabla II.*
3. Al hacer el análisis de diagnósticos ginecologicos observamos que la mayor patología por la que acuden a consulta es el Ca de mama en un 17% (785 pacientes) seguido de miomatosis uterina con un 11% (521), y tumor de ovario. *Ver tabla III .*
4. El grupo de edad que mayormente utiliza los servicios es de 31-50 años teniendo mayor frecuencia en cuarta década de la vida, se observa una mínima prevalencia después de 80 años seguidas de las de menores de 20 años. *Ver gráfica I*

Se observo un caso de Ca Cu entre 15 a 20 años

5. De las pacientes atendidas, 2656 (57.86%) fueron sujetas a un procedimiento quirúrgico, de ellas 2548 (95.93%) fueron sometidas a cirugía programada y únicamente 108 casos (4.06%) se sometieron a cirugía de urgencia. *Ver gráfica II.*
6. De las pacientes valoradas el 49% fue enviada a piso (2250), el 13.4% (616) a su domicilio y el 13.37% (614) a quirófano. *Ver tabla IV y gráfica III.*
7. El 1.11% (51 pacientes) corresponde a pacientes que acuden con

deseos de control definitivo de la fertilidad y a las cuales se les sometió a O.T.B. *Ver tabla III.*

8. De las pacientes valoradas solamente 5 casos ameritaron Internamiento directo a la U.C.I. esto se debe a que la patología analizada es ginecológica y la mayor causa de ingresos a la U.C.I es patología obstétrica o sus complicaciones. *Ver tabla IV*
9. Se otorgaron en 245 días del periodo de estudio contemplado un promedio de 18.73 consultas ginecológicas atendidas como urgencias reales o sentidas por día con un promedio de 0.78 consultas por hora, sin embargo se observo una mayor prevalencia de consultas en el turno matutino con promedio de 13 consultas lo que corresponde al 70% del total diario. *Ver tabla V .*
10. De las 4,590 consultas , 972 fueron urgencias reales que corresponden al 21.17%. *Ver gráfica I v*



CONCLUSIONES

- Del total de consultas el 21.17% son urgencias reales.
- La mayor demanda de atención medica se centra en segunda y tercera semanas del mes en promedio.
- Los meses de mayor solicitud de atención son julio y octubre.
- Las edades que solicitan mayor demanda son cuarta y quinta décadas de la vida.
- Los diagnósticos que demandan atención mas frecuentemente son los relacionados con Ca de Mama y miomatosis uterina.
- El servicio al cual se derivan mas pacientes es a hospitalización.
- La cirugía programada utiliza como vía de ingreso al hospital el servicio de admision-urgencias y comprende el 95.93% de la cirugía realizada en el hospital.
- La demanda de atención en el servicio se concentra en el 70% en el turno matutino, aunque el promedio de consultas diarias ginecologicas es de 18.73%
- En base a lo anterior y partiendo de que la residencia medica en ginecoobstetricia es un periodo de adiestramiento tutelar es conveniente el implementar un programa para rotar al medico residente en su ultimo año de adiestramiento clínico al servicio de Admisión para completar su entrenamiento enfrentando problemas ginecologicos mas frecuentes en la población, tomar decisiones en base a un criterio racional y científico de el manejo inicial y posterior de la patología de su especialidad.

Aunque el presente estudio no comprende la patología obstétrica es de suponerse que esta contribuiría aun mas al adiestramiento y formación de un criterio medico científico del futuro especialista.

He aquí un llamado a los responsables en coordinar el adiestramiento en la residencia medica para considerar la pertinencia de los resultados de este estudio y promover la rotación del medico residente por esta area que desde la perspectiva de conocimiento y adiestramiento puede ser una de las mas importantes del hospital debido a que es el primer contacto con la paciente.

BIBLIOGRAFIA

2. García Sainz Ricardo. XXV Aniversario. Reunión Conmemorativa. Reconocimiento al personal, Junio 1984, HGO3 CMR, IMSS Pág.15-18.
3. Pérez Peña Efraín. Infertilidad, Esterilidad Endocrinología de la reproducción. Segunda ed.; Salvat, México, 1997. Pág. 2-5, 535-59.
4. Thompson John D Te Linde. Ginecología Quirúrgica. Séptima ed. Argentina, 1993. Pág. 279-283, 593-606.
5. Soper David E. Pelvic Inflammatory disease. Advances in Obstetrics and Gynecology. 1994 col. 1:85-98
6. Grisaru D, Bar-Am A, Lessing J. B. Spontaneous perforation of a degenerative nongestational uterine Leiomyoma. Obstetrics & Gynecology, Oct, 1996: 882.
7. Baker T.E. Copas P:R: Adnexial Torsión, A Clinical Dilema. The Journal of Reproductive Medicine. 1995, 40:447-449.
8. Torreblanca NE, Merchán EG. Walter TM, et al. Ligadura de arterias Hipogástricas análisis de 400 casos. Ginecología y Obstetricia de México, 1993; 61:242-246.
9. Paraskevaides E, Noelke L, Afrasiabi M. Internal iliaca artery ligation in obstetrics and gynecology. European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology, 1993; 52:73-75.
10. Nieto A, Tacoric, Serra M. Et al. Eval. of Gestrinone after surgery in treatment of endometriosis. Gynecol obstet invest.1997;43:192-194.
11. San Martín. Salud Pública y Medicina preventiva. 1989, 2ª ed. España, 121.

ESTO NO DEBE
VERSE EN
SALA DE LA
BIBLIOTECA
SALIR DE LA
BIBLIOTECA