

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

204

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO
EN UN HOSPITAL DE REGIMEN NO ORDINARIO
- SOLIDARIDAD -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. VICTOR MANUEL REYES CASTELLANOS

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER NIÑO SOLIS



MEXICO D.F.

AGOSTO 2009



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).

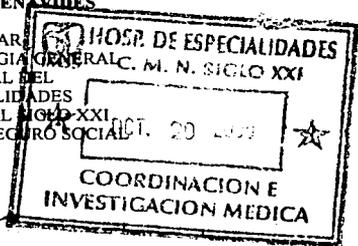
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

DR. NIELS H. WACHER RODARTE

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Y GASTROINTESTINAL DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JAVIER NIÑO SOLIS

ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Y GASTROINTESTINAL DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REALIZA : DR. VICTOR MANUEL REYES CASTELLANOS *

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER NIÑO SOLIS **

*** RESIDENTE DE 4º. AÑO
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL
HECMN SIGLO XXI**

**** MEDICO ADSCRITO
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HECMN SIGLO XXI**

AGRADECIMIENTOS

**IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO
QUIRURGICO EN UN HOSPITAL
DE REGIMEN NO ORDINARIO
- SOLIDARIDAD -**

DR. VICTOR MANUEL REYES CASTELLANOS

INTRODUCCION

Los problemas de salud día a día son más complejos y debido a esto y a observar que para el obrero asalariado era difícil recibir atención médica y que por lo mismo la morbilidad incrementaba, el Gobierno de la República inicia la búsqueda de la solución. Empieza en el gobierno de Venustiano Carranza (1916) quien al ver las condiciones en las que vivía la población pobre, expresa ante el Congreso constituyente el derecho que tienen todos los individuos a la seguridad social y consigue dejarlo plasmado en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El objetivo a futuro fue hacer vigente el mandato; pero debido a la crisis económica que el país presentó posterior a la lucha armada revolucionaria, no fue sino hasta 1936 en el Gobierno del presidente Lázaro Cárdenas que se fundamentó el proyecto de LEY DEL SEGURO SOCIAL.

Con Manuel Avila Camacho como presidente de la República, siete años después (1943) entra en vigor la Ley del Seguro Social fundándose lo que se conoce hoy como: Instituto Mexicano del Seguro Social *IMSS*; el lo que se beneficia al obrero asalariado concentrado en las ciudades y se pretende beneficiar al campesino pero esto no se pudo llevar a cabo por falta de recursos y falta de experiencia técnica en materia de Seguro Social aplicado al campo.

Sin embargo se continúa en el proyecto y es hasta 1954 cuando el Seguro Social llega a algunas zonas agrícolas del norte del país beneficiando a los más necesitados, al observar esto campesinos de todo el país comienzan a presionar y se toma la decisión de extender los servicios de salud a la población marginada. En 1973 la legislación del *IMSS* hace efectiva la protección de la salud para comunidades rurales y campesinos marginados que no cuentan con las posibilidades de hacer aportaciones económicas.

Gracias a la extracción del petróleo crudo y al cumplimiento del convenio con el Fondo Monetario Nacional, el Presidente José López Portillo en 1974 destina mayores inversiones al sector social y se crea la Coordinación general del Plan Nacional de Zonas deprimidas y Grupos Marginados dependientes de la Presidencia de la República " *COPLAMAR* " firmándose un convenio entre el *IMSS* y *COPLAMAR* en 1979 en donde la población rural realizara trabajos personales en beneficio de las comunidades en que habite.

En 1983, en Gobierno Federal ordena la desaparición del *COPLAMAR* y cede al *IMSS* la responsabilidad operativa del programa. En 1985 se da la primera desarticulación del programa entregando a los gobiernos estatales el manejo de los servicios de *IMSS-SOLIDARIDAD* en 14 entidades del país quedando circunscrita a 17 estados.

Hoy en día los beneficiarios son 11 millones de indígenas y 140 mil comunidades de campesinos en pobreza extrema. Sin embargo probablemente le quede poco tiempo de vida al programa ya que ocurrirá la segunda descentralización, esto es debido a que un comité de planeación de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del seguro Social concluyeron un plan para entregar el programa a los gobiernos de los estados.

PRIMERO: Proporcionado por una UMR (Unidad Médica Rural) que consta de un consultorio, una sala de espera, sala de expulsión, cuarto de recuperación con dos camas y un cuarto del médico. Todo esto con el material e instrumental necesario para dar atención de primer nivel y resolver los problemas de tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad; el cual cubre un área física de 60 mts cuadrados resolviendo el 84 % de la demanda de atención, el cual es atendido por un Médico Pasante del Servicio Social y dos enfermeras auxiliares de la comunidad.

SEGUNDO: Proporcionado por un Hospital Rural de Salud, que comprende los servicios de especialidad básica (Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General) con tecnología más compleja. Cuenta con los servicios de Hospitalización, Análisis clínicos, Rayos X y Medicina Preventiva. Resolviendo el 12 % de la demanda de atención realizada por residentes de Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Medicina Familiar y Anestesiología; con capacidad de 25 a 70 camas de hospitalización y un cuerpo de Gobierno formado por un Director que es Cirujano General, una Jefa de Enfermeras, un Administrador y un residente de conservación.

TERCERO: Proporcionado por Hospitales en las grandes urbes, que comprende servicios médicos de alta especialidad. Este nivel de atención no es proporcionado por el programa, sino por la Secretaría de salud, y resuelve el 4% de la demanda de atención. ²

CAMPO DE ACCION DE LA CIRUGIA GENERAL

Se entiende por cirugía a la rama de la medicina que se ocupa de la atención de pacientes que requieren de tratamiento quirúrgico para la solución de su enfermedad. El concepto que se manejaba anteriormente con respecto a la formación del Cirujano General, determinaba la rotación del residente por todas las especialidades quirúrgicas, con el propósito de lograr adquirir los conocimientos, habilidades y destrezas básicas para la ejecución de procedimientos quirúrgicos que en la práctica diaria representan la mayor demanda. ^{5,17}

La diversificación en el tiempo de la cirugía en subespecialidades y los enfoques que en la planeación han dado mayor importancia al subespecialista quirúrgico que al cirujano general capaz de explotar íntegramente su potencial profesional, ha hecho que la actitud del cirujano se circunscriba cada vez más limitándolo a ser cirujano de gastroenterología o parte de ella y de pared abdominal. Con esto a la fecha se pierde el término de generalísimo en la especialidad y de la amplia capacidad resolutive que se espera. ⁹

Actualmente sé esta retomando el principio del generalísimo y de la alta capacidad resolutive, planteando once áreas cognoscitivas en Cirugía General que el Cirujano General hoy en día debe conocer como elementos fundamentales básicos: ⁶

- I CABEZA Y CUELLO
- II TRAUMATOLOGIA
- III TEJIDOS BLANDOS

- V VASCULAR
- VI GASTROINTESTINAL Y PARED ABDOMINAL
- VII CIRUGÍA GINECOLOGICA
- VIII CIRUGÍA UROLOGICA
- IX CIRUGÍA ENDOCRINA
- X CIRUGIA DE MAMA
- XI CIENCIAS BASICAS(CORRELACION ANATOMOPATOLOGICA Y CASOS CLINICOS)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Es complicado el abordaje del paciente de una comunidad rural para que éste permita un tratamiento quirúrgico y resolver su enfermedad
- El cirujano residente de 4º año puede manejar cualquier tipo de enfermedad que necesite tratamiento quirúrgico

HIPOTESIS

- El tratamiento quirúrgico proporciona una mejor calidad de vida a largo plazo, sobretodo en el tipo de paciente que pertenece a una comunidad rural
- El cirujano residente de 4º año se encuentra bien capacitado para solucionar un problema quirúrgico de cualquier área

OBJETIVOS

- Demostrar la importancia del tratamiento quirúrgico en pacientes de estas características así como la productividad quirúrgica en un Hospital Rural de Salud
- Demostrar que el residente de cirugía de 4º año tiene los conocimientos necesarios para dar solución a toda enfermedad que necesite tratamiento quirúrgico los cuales fueron obtenidos durante sus diversas rotaciones por cirugía de especialidad.

Sobre la base de la realización de un estudio prospectivo, observacional, descriptivo transversal, se recopilaron los datos necesarios de todos los expedientes de pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital Rural de Salud de Santiago Juxtaluaca, Oaxaca, en el programa IMSS-SOLIDARIDAD; en un período de un año. A partir del 1° de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 1999.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedad, días de estancia, diagnóstico, órgano afectado, procedimiento quirúrgico, área de conocimiento de Cirugía General, porcentaje, desviación estándar, rango máximo, rango mínimo, varianza, morbilidad y mortalidad.

A la llegada de todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en forma electiva se les realizó exámenes preoperatorios (Biometría hemática, química sanguínea completa, TP, TPT, plaquetas, Grupo y Factor RH y cruce sanguíneo); y los pacientes que lo ameritaban fueron sometidos a otro tipo de estudio como; Tele de tórax, ECG (para valoración del riesgo quirúrgico) pruebas de función tiroidea, de función hepática, urografía excretora, ultrasonografía, y en algunos casos TAC.

A los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por Urgencias se les solicitaron como exámenes de laboratorio: Biometría completa, Química sanguínea, Electrolitos séricos, Grupo y RH y Cruce sanguíneo.

Nota: Se excluyeron del estudio a los pacientes que no presentaron patología quirúrgica y a los que si ameritaban la cirugía pero fallecieron antes de realizarse.

RESULTADOS

EDAD: La edad promedio de la población en general fue de 29.6 años y el rango de edad encontrado fue de 1 a 95 años (cuadro I).

SEXO: En total se realizaron 1702 procedimientos de los cuales 164 (9.6%) fueron del sexo masculino con edad media de 34.2 años. 1538 procedimientos (90%) fueron del sexo femenino con una edad media de 29.1 años.

La edad media de diferencia entre ambos sexos es de 5.05 encontrando a las mujeres significativamente más jóvenes que los hombres (cuadro II).

AREAS COGNOSCITIVAS: Se encontraron 11 áreas de conocimiento en Cirugía General en orden de frecuencia: Cirugía ginecológica con 1306 casos (78.1%), Cirugía Gastrointestinal y Pared abdominal 232 casos (13.6%), Cirugía urológica en 42 casos (2.5%), Cirugía de mama 30 casos (1.8%) (cuadro III).

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES: Los más frecuentes fueron control de la fertilidad con 816 casos (47.9%), complicaciones del embarazo 246 casos (2.5%), apendicitis aguda 39 casos (2.3%), (cuadro IV).

DIAS DE ESTANCIA: Tuvieron un rango de 1 a 30 días con una media de 2.0 y desviación estándar de 1.9. (cuadro V).

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS: Los procedimientos realizados mas frecuentemente fueron: oclusión tubaria bilateral con 788 casos (46.3%), Cesáreas 243 casos (14.3%), legrado uterino instrumental 217 casos (12.7%), Plastias 116 casos (6.8%), cuadro VI.

MORBILIDAD: 1690 no presentaron morbilidad que equivale a 99.3 % y 12 pacientes si la presentaron 0.7%, las causa fueron 2 casos de dehiscencia de histerorrafia, 3 casos de evisceración y 7 infecciones de heridas quirúrgicas. (Cuadro VIII).

MORTALIDAD: Se presentaron 4 muertes de 1702 procedimientos lo que equivale a 0.2%; las causas fueron : 2 casos de apendicitis complicada con sepsis abdominal, 1 caso de hernia inguinal estrangulada con sepsis abdominal y 1 caso de choque hipovolémico transoperatorio por cesárea e histerectomía. (Cuadro IX).

CUADRO I

POBLACION PARTICIPANTE POR EDAD Y SEXO
 LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES
1 AÑO	0	0
1-5 AÑOS	1	9
6-14 AÑOS	3	16
15-24 AÑOS	9	41
25-34 AÑOS	36	1363
35-44 AÑOS	99	18
45-54 AÑOS	7	54
55-64 AÑOS	5	11
65-74 AÑOS	2	7
75 Y MAS	2	19
TOTAL	164	1538

FEMENINO 1538
 MASCULINO 164
 RANGO 94
 PROMEDIO 29.6 AÑOS

EDAD MINIMA 1 AÑO
 EDAD MAXIMA 95 AÑOS
 VARIANZA 132.9

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO II

NUMERO DE CASOS

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

No. DE CASOS	DESV. ESTAND.	ERROR EN LA MEDIA	MEDIA	%	SEXO
164	20.022	1.563	34.25	9.6	MASC
1538	10.106	0.258	29.19	90.3	FEM

TOTAL DE NUMERO DE CASOS

1702 PROCEDIMIENTOS

DIFERENCIA DE LA MEDIA ENTRE
AMBOS SEXOS

5.057

LAS MUJERES SON SIGNIFICATIVAMENTE MAS JOVENES QUE LOS HOMBRES

CUADRO III

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR AREA COGNOSCITIVA

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

AREA	DESCRIPCION	No. CASOS	%
I	CABEZA Y CUELLO	15	0.88
II	TRAUMA	13	0.18
III	PIEL Y TEJIDOS BLANDOS	27	1.16
IV	TORAX	4	0.2
V	VASCULAR	5	0.3
VI	GASTROINTEST Y PARED ABD.	232	13.6
VII	CIRUGIA GINECOLOGICA	1330	78.1
VIII	CIRUGIA UROLOGICA	42	2.5
IX	CIRUGIA ENDOCRINA	4	0.2
X	CIRUGIA DE MAMA	30	1.8
XI	CIENCIAS BASICAS	/A IMPLICITA	
	TOTAL	1702	100

CUADRO IV

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

DIAGNOSTICO	No.	%
Nodulo tiroideo	4	0.2
Amigdalitis crónica	10	0.6
Amputación traumática	2	0.1
Herida en piel y celular	7	0.4
Herida penetrante cortante	7	0.4
Herida por proyectil de arma de fuego	1	0.1
Lipoma	3	0.2
Quiste	27	1.5
Absceso local	7	0.4
Cicatrices patológicas	4	0.2
Quiste sinovial	1	0.1
Hemotórax	5	0.3
Neumotórax	1	0.1
Necrobiosis diabética	2	0.1
Insuficiencia arterial	2	0.1
Insuficiencia venosa	1	0.1
Obstrucción intestinal	9	0.5
Perforación intestinal	2	0.1
Hipertrofia prostática	4	0.2
Apendicitis aguda	39	2.3
Colostomía	4	0.2
hemorroides	3	0.2
Lesión hepática	2	0.1
Colelitiasis	42	2.5
Piocolocisto	3	0.2
Coledocolitiasis	2	0.1
Estenosis biliar	1	0.1
Pancreatitis aguda	1	0.1
Fístula	2	0.2
Hernia umbilical	24	1.4
Hernia inguinal	84	4.9
Hernia crural	1	0.1
Hernia incisional	3	0.2
Hernia de línea media	2	0.1
Evisceración	3	0.2
Herida quirúrgica infectada	7	0.4

Sepsis abdominal	4	0.2
Cáncer	5	0.3
Ovarios poliquísticos	3	0.2
Control de fertilidad	816	47.9
Pisalpinx	1	0.1
Embarazo molar	7	0.4
Aborto	179	10.5
Aborto séptico	12	0.7
Huevo muerto retenido	5	0.3
Complicacionews del embarazo	246	14.5
Retención placentaria	9	0.5
miomatosis	22	1.3
Hiperplasia endometrial	6	0.4
Prolapso uterino	5	0.3
Cistocele	7	0.4
Cistorectocele	9	0.5
Prolapso de la cúpula vaginal	1	0.1
Bartolinitis	3	0.2
Dehiscencia de histerorrafia	2	0.1
Desgarro vaginal cervical	1	0.1
Dehiscencia de episiotomia	1	0.1
Litiasis vesical	1	0.1
Criptorquídea	2	0.1
Fimosis	3	0.2
Fibroadenoma	24	1.4
Ginecomastia	6	0.4
TOTAL	1702	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO V

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

MEDIA DIAS DE HOSPITALIZACION	2.099
DESVIACION ESTANDAR	1.949
RANGO	20
MAXIMA	30
MINIMA	1
ERROR ESTANDAR DE LA MEDIA	0.47
VARIANZA	3.798

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO VI

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

PROCEDIMIENTO	No. CASOS	%
Vasectomía	30	1.8
Mastectomía	4	0.2
Circuncuncion	3	0.2
Hemitiroidectomía	4	0.2
Traqueostomía	1	0.1
Amigdalectomía	10	0.6
Sutura	15	0.9
Amputación	7	0.4
Resección (quistes, lipomas)	60	3.5
Sello de agua	6	0.4
Safenectomía	1	0.1
Laparoesploradora	11	0.6
Drenaje	6	0.4
Biopsia	2	0.1
Hemigasterctomía	2	0.1
Resección y enteroenteroanastomosis	3	0.2
Ostomía	3	0.2
Piloromiotomía	1	0.1
Reconexión intestinal	4	0.2
Apendisectomía	39	2.3
Hemorroidectomía	3	0.2
Fistulectomía	2	0.1
Colecistectomía	46	2.7
Colecistectomía y explor. Vía biliar	1	0.1
Derivación biliodigestiva	1	0.1
Cierre primario	2	0.1
Cierre secundario	3	0.2
Plastía	116	6.8
Plastía y enteroenteroanastomosis	1	0.1
Oforectomía	7	0.4
Salpingooforectomía bilateral	2	0.1
Oclusión tubaria bilateral	788	46.3
Legrado uterino instrumental	217	12.7
Cesárea	243	14.3
Histerectomía abdominal	28	1.6
Histerectomía vaginal	6	0.4
Colpoperineoplastía	16	0.9
Suspensión de cúpula vaginal	1	0.1
Biopsia de cuello uterino	1	0.1
Cistolitotomía	1	0.1
Prostatectomía	3	0.2
Orquidopexia	2	0.1
TOTAL	1702	100

CUADRO VII

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS POR ORGANO AFECTADO
LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

ORGANO AFECTADO	No.	%
Cráneo	2	0.1
Cara	5	0.3
Amígdalas	10	0.6
Tiroides	4	0.2
Tráquea	1	0.1
Tórax	7	0.4
Mama	30	1.8
Estomago	2	0.1
Píloro	1	0.1
Intestino Delgado	7	0.4
Cólon y recto	52	3.1
Mesenterio	1	0.1
Hígado	3	0.2
Vesícula y vías biliares	48	2.8
Páncreas	1	0.1
Riñon	1	0.1
Vejiga	1	0.1
Próstata	3	0.2
testículo	35	2.1
Pene	3	0.2
Útero y anexos	1306	76.7
Piso pélvico	17	1
región inguinal	88	5.2
Pared abdominal	21	1.2
Piel y anexos	23	0.3
Extremidades superiores	2	0.1
Extremidades inferiores	8	0.5
Safena	2	0.1
TOTAL	1702	100

CUADRO VIII

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA DE MORBILIDAD
LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

CAUSAS	No.	%
DEHICENCIA DE HISTERORRAFIA	2	0.11
EVICERACION	3	0.18
INFECCION DE HERIDA QX	7	0.41
Complicaciones		
SI	12	0.7
NO	1690	99.3
TOTAL	1702	100

CUADRO IX

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA DE MORTALIDAD

LOCALIDAD SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA 1999

CAUSAS	No.	%
APENDICITIS COMPLICADA CON SEPSIS ABDOMINAL	2	0.11
HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA CON SEPSIS ABDOMINAL	1	0.058
CHOQUE HIPOVOLEMICO TRANSOPERATORIO POR CESAREA E HISTERECTOMIA	1	0.058
Muerte		
SI	4	0.23
NO	1698	99.76
TOTAL	1702	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION Y COMENTARIOS

La edad promedio de la población en general, se encuentra en el adulto joven (29 años) . La población femenina fue la más afectada en un 90%. Las mujeres fueron significativamente más jóvenes que los hombres 29 años "vs" 34 años respectivamente.

El órgano más afectado fue útero y anexos con 1306 casos (76.7%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Control de la fertilidad 47,9%, Complicaciones del embarazo 14.5%, y aborto en un 10%.

Los procedimientos quirúrgicos realizados más frecuentemente fueron Oclusión tubaria bilateral con 46.3%, Cesáreas 14,3%, Legrado uterino instrumental 12.7%.

El control de la fertilidad ocupó el 47% de los procedimientos por ser un programa prioritario, el otro 25% lo ocuparon los de tipo ginecológico que se relacionan con la etapa reproductiva de la mujer y un 22% lo ocuparon procedimientos propios de la cirugía general, aquí es donde se ve realmente la importancia de la práctica de la cirugía general en un Hospital Rural de Salud.

CONCLUSIONES

Durante el período del 1° de Enero de 1999 al 31 de Diciembre de 1999 se realizaron 1702 procedimientos, donde se aplicaron las 11 áreas del conocimiento de Cirugía general que el residente de cirugía hoy en día debe conocer como elementos fundamentales básicos.

Desde el punto de vista práctico se realizaron procedimientos de diversa índole en la que predominaron los procedimientos ginecológicos con 1306 casos, lo que representó un 76% de la cirugía realizada, por lo que sería idóneo que el residente de cirugía general rotara por el servicio de ginecoobstetricia.

Desde el punto de vista social la práctica de la cirugía general en un Hospital rural de Salud representa ayudar a la clase más necesitada. Por lo anteriormente expuesto, la rotación del residente por un Hospital Rural de salud es altamente provechosa en el área del conocimiento, la práctica y la labor social que se presta.

El cirujano es el responsable del acto quirúrgico, del pre y del postoperatorio; es decir, desde el inicio de sus causas hasta el final de sus efectos, de la aplicación de su técnica y de la maestría con la que la adapta a sus conocimientos. La buena cirugía erradica padecimientos con morbimortalidad bien conocidas, produce calidad de vida y no años de muerte en vida. La cirugía, como toda rama de la medicina es labor asistencial, enseñanza e investigación y comprende prevención, diagnóstico y tratamiento.

Es en un Hospital Rural de Salud donde se pone en práctica los conocimientos adquiridos por el residente de cirugía general. Este trabajo es una descripción de lo realizado en un año de campo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Salud informando la edad, sexo, días de estancia, área de conocimiento en cirugía general, órgano afectado, diagnóstico, procedimiento quirúrgico realizado, morbilidad y mortalidad.

SEDE: Hospital Rural de Salud No. 66 Santiago Juxtlahuaca, Oaxaca

DISEÑO: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

RESULTADOS: Se realizaron 1702 procedimientos, la edad media de la población se encontro en el adulto joven de 29 años. Las mujeres fueron intervenidas en 1538 procedimientos que equivale a un 90%, a los hombres correspondió 164 procedimientos 10%. Las mujeres fueron significativamente más jóvenes que los hombres 29 contra 34 años respectivamente. El órgano que prevaleció fue el útero y anexos con 1306 casos 76%. La morbilidad fue de 0.7% y la mortalidad de 0.2%.

De las 1702 cirugías el 47% se encamino a la planificación familiar, 26% fue de cirugía ginecoobsterica y 23% de cirugía general.

PALABRAS CLAVES: IMSS-SOLIDARIDAD
HOSPITAL RURAL DE SALUD
CIRUGIA GENERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 1 IMSS-SOLIDARIDAD. DIEZ AÑOS DE SOLIDARIDAD SOCIAL: Expresión de la doctrina Mexicana de seguridad social integral. 1984; p.p. 7-41
- 2 IMSS-SOLIDARIDAD. EL PROGRAMA NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL POR COOPERACION COMUNITARIA IMSS-SOLIDARIDAD. 1991; P.P. 17-37.
- 3 Instituto Mexicano del Seguro Social. DIAGNOSTICO DE SALUD EN LAS ZONAS MARGINADAS RURALES DE MEXICO. 1991 P.P. 1-5.
- 4 Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS SOLIDARIDAD: COMPORTAMIENTO DE LA ATENCION HOSPITALARIA. Jun. 1995; p.p. 1-20
- 5 Instituto Mexicano del seguro Social. PROGRAMA ACADEMICO DE CIRUGIA GENERAL. 1996.
- 6 Velazco S. Manuel. EL CIRUJANO MAS ALLA DE LAS ESPECIALIDADES. Gaceta Médica de México. Vól. 125 No. 1,2 Ene-Feb 1989; p.p. 5-9
- 7 Garduño E. Roberto. EL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, CONDENADO A MUERTE POR DECRETO, SERA DESCENTRALIZADO. La jornada: Feb. 10: Secc. El País
- 8 Madrazo N. Mario, Méndez B. Francisco. ESTADO ACTUAL: SER Y QUE HACER DE LA CIRUGIA GENERAL EN LA PERSPECTIVA DEL IMSS. Revista de Cirugía General. Vól. 18 Supl. 2 No. 4 Oct-Dic 1996; p.p. 26-31
- 9 Cortes G. Rubén. CALIDAD DE LOS EGRESADOS ATRAVES DE LA OPTICA DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA GENERAL, ESTADO ACTUAL Y PROSPECTICA. Revista Cirugía General. Vól. 18 Supl. 2 No. 4 Oct-Dic 1996; p.p. 26-31
- 10 Villazon S. Alberto. MENSAJE A LOS NUEVOS CIRUJANOS GENERALES. Revista de Cirugía General. Año 9 No. 8196; p.p. 3-5