

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Medicina Mexicali
Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital General de Tijuana

HGT: Perfil del Egresado de Ginecología y Obstetricia.

Trabajo terminal para obtener la especialidad de
Ginecología y Obstetricia

Presenta: Dr. Edgar Medina Ramos.

Asesor de Tesis: Dra. Luz Elena Aburto Márquez.

Tijuana, Baja California. Febrero 2009.

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Medicina Mexicali
Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital General de Tijuana



HGT: Perfil del Egresado de Ginecología y Obstetricia

Trabajo terminal para obtener la especialidad de
Ginecología y Obstetricia

Presenta: Dr. Edgar Medina Ramos.

Asesor de Tesis: Dra. Luz Elena Aburto Márquez.

Tijuana, Baja California. Febrero 2009.

Hoja de Firmas



Dr. Mariano López Ramírez.
Jefe del Servicio Ginecología y Obstetricia.



Dra. Luz Elena Aburto Márquez.
Coordinadora de curso Ginecología y Obstetricia.



Dra. Luz Elena Aburto Márquez.
Asesor de Tesis.



Dra. Leticia Falcón Noriega.
Jefe de Enseñanza e Investigación.

A mi esposa: Joss, por su amor,
apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital General de Tijuana, quien me ha brindado la oportunidad para realizar mi entrenamiento en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Al personal médico, de enfermería y administrativo por su apoyo en todo momento para la realización de mi especialidad.

A mis maestros médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia por su paciencia, su enseñanza pero sobretodo por los consejos otorgados en este difícil camino de la especialidad.

A mis compañeros residentes, por su amistad, su respeto y por compartir su aprendizaje conmigo.

A mis padres y hermanos, que una vez más en la distancia han estado apoyando y sembrando en mi persona el deseo de superación en todo momento.

A todas las personas que de una u otra manera han contribuido a la culminación de mi especialidad, a todos ellos, gracias.

Especial agradecimiento a quien debo el haber elegido estar aquí, y que cada día de la residencia me ha apoyado, exhortado y comprendido en todo momento, pero sobre todo por su gran amor. Infinitamente gracias a mi esposa: Jocelyne.

INDICE

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES.....	7
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
CAPÍTULO III. OBJETIVOS.....	19
CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPÍTULO V. HIPÓTESIS.....	20
CAPÍTULO VI. DISEÑO.....	20
CAPÍTULO VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
CAPÍTULO VIII. UNIVERSO DEL ESTUDIO.....	20
CAPÍTULO IX. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
CAPÍTULO X. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
CAPÍTULO XI. VARIABLES.....	21
CAPÍTULO XII. RESULTADOS.....	21
CAPÍTULO XIII. CONCLUSIONES.....	36
CAPÍTULO XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	37

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

Los cambios que promueven y desarrollan las escuelas de medicina dentro de los programas de posgrado hace que surjan una serie de factores en donde se incluyen la evaluación continua del programa, la necesidad de incluir nueva información y nuevas tecnologías y las nuevas demandas y necesidades del entorno. De esta manera se modifican los objetivos de educación y de aprendizaje y se modifican los instrumentos de enseñanza y evaluación.

Actualmente, el escenario para el especialista en ginecología y obstetricia, se ha tornado difícil tanto por el avance vertiginoso del conocimiento científico y tecnológico, por la promoción y desarrollo de reformas de salud, por los cambios del sistema de financiamiento de los programas de especialización y por los efectos de la legalidad vigente en el ejercicio profesional.

Los residentes, en la actualidad deben aprender más en menos tiempo y se debe incluir áreas de conocimiento que no se contemplaban con anterioridad. Existen cambios demográficos como aumento de expectativas de vida y menor tasa de natalidad, hace que el médico enfrente cotidianamente a problemas que usualmente se observaban en personas mayores y ello conlleva a una formación médica que debe ser más sólida en diversos aspectos.

Los requisitos mínimos para la formación de especialistas en ginecología y obstetricia son:

1. Presencia de personal docente calificado y estable.
2. Existencia de implementación asistencial básica y asistencia médica de alta calidad.
3. Respeto por los cupos señalados por la comisión de acreditación.

Además de lo anterior, un programa de formación de especialidad debe:

- Constituir experiencia educativa estructurada y planificada en continuidad con la educación.
- Proporcionar oportunidades suficientes para adquirir conocimiento, destrezas y actitudes necesarias para la especialidad.

- Promover el desarrollo de competencias necesarias para la atención primaria de salud de la mujer.

Por lo anterior el perfil profesional debe enfocarse a la salud primaria reproductiva de la mujer y se debe incluir, tanto la promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (1)

Existen áreas de competencias que se deben incluir en el programa de especialidad y son: 1) Conocimiento de paciente, 2) Conocimiento médico, 3) Aprendizaje basado en práctica, 4) Habilidades comunicacionales, 5) Profesionalismo y, 6) Práctica inserta en sistemas de salud. (1)

Dentro de un programa de especialidad se deben incluir actividades formales que deben ser calendarizadas y estas son: Visitas en sala, reuniones clínicas, revisión de artículos, conferencias docentes, seminarios o cursos, reuniones multidisciplinarias, actividades quirúrgicas y actividades de policlínicos (Subespecialistas y atención primaria). Dado que la especialidad es quirúrgica, además de definir las actividades formales, se debe establecer el número de procedimientos mínimos con los cuales se considera a un especialista preparado y calificado.

Es de suma importancia que el programa incluya promoción del estudio a través de líneas de investigación clínica o básica, publicación en revistas de la especialidad, envío de contribuciones a congresos y la participación en sociedades científicas y cursos de actualización. Un apartado importante es establecer un adecuado balance entre la carga asistencial y académica (1).

En la formación de especialistas, se ha incluido el término de competencia clínicas que se define como la medida en que una persona puede aplicar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión para desempeñarse eficazmente en diferentes situaciones que corresponden a su práctica profesional. (2)

En nuestro país no se ha documentado el perfil en cuanto a número de procedimientos realizados durante la especialidad, sin embargo existen instituciones de formación de especialistas en GO en los cuales se arroja el perfil que debe poseer el residente de acuerdo al año que se este cursando. Sabiendo de antemano que los procedimientos que mas se realizan durante la realización de la residencia de Ginecología y Obstetricia son: Cesáreas, partos, salpingoclasias, hysterectomías, legrados, biopsias de útero y laparotomías por embarazos ectópicos y tumoraciones anexiales. De esta manera se estipula que el residente de primer año debe ser competente para la atención de parto eutócico, planificación familiar, manejo de complicaciones del primer trimestre y ayudantes de procedimientos de Ginecología y Obstetricia (véase Fig. 1).

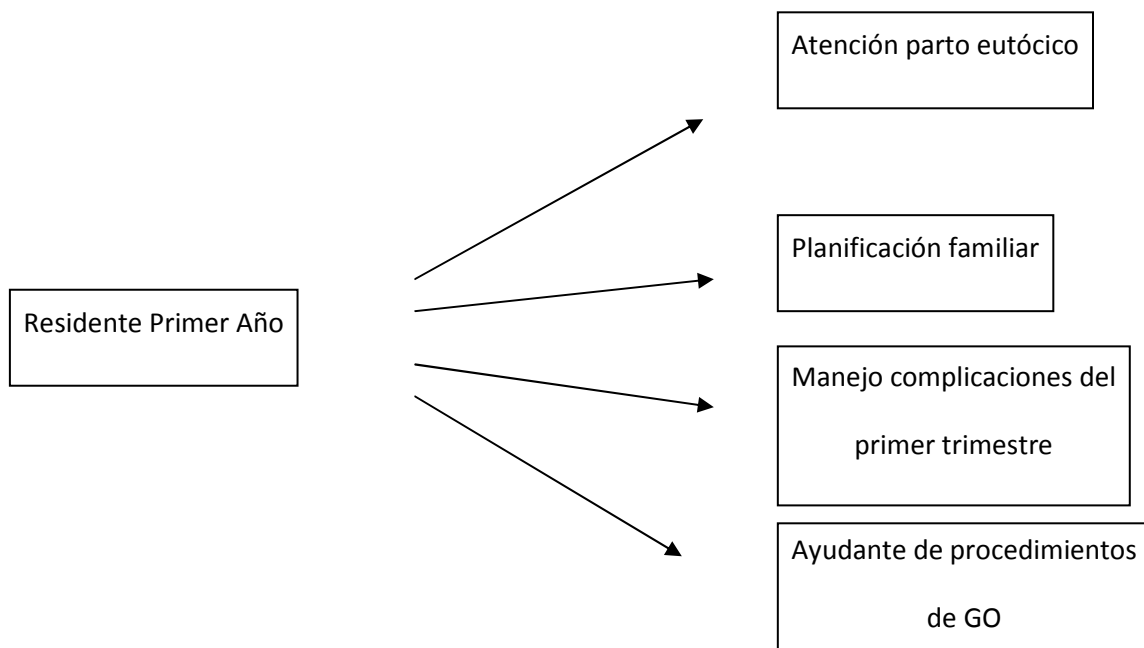


Fig. 1. Características del residente de primer año.

Fuente: UANL (2003).

El residente de 2º año en atención de parto y patología agregada, reparación de desgarros perineales, manejo de complicaciones de segundo trimestre y realización de cesáreas no complicadas y realización de salpingoclasias (véase Fig. 2).

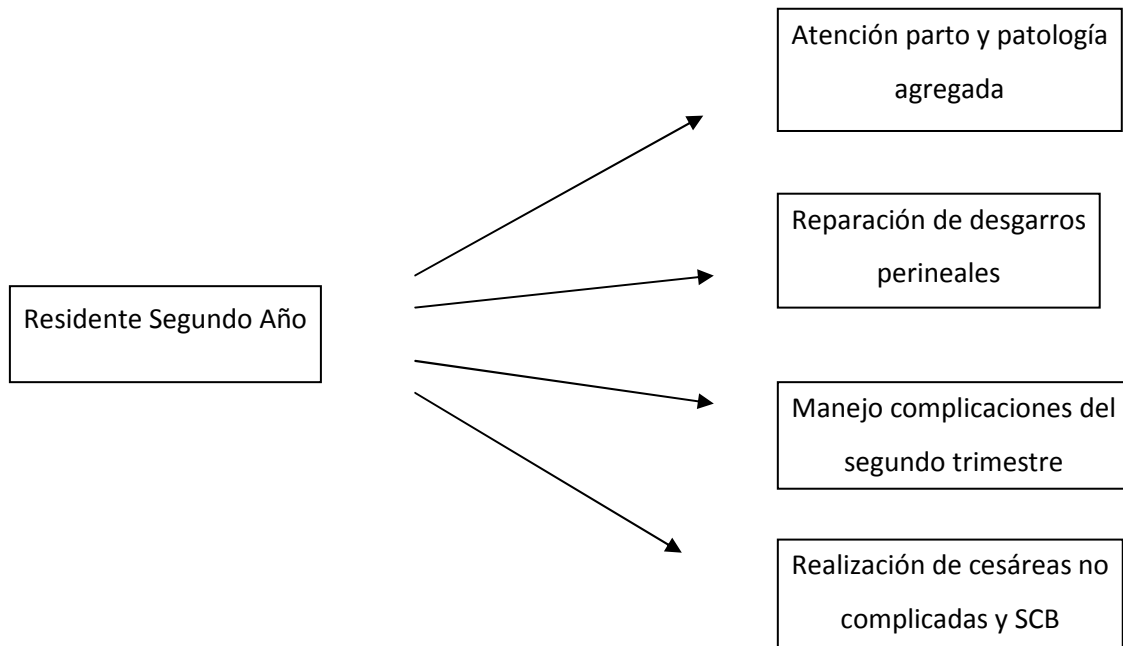


Fig. 2. Características del residente de segundo año.

Fuente: UANL (2003).

El residente de 3er año debe ser competente en ayudantía de cirugías ginecológicas, laparoscopia operatoria básica, atención de parto múltiples y realización de cesáreas en presentaciones y/o situaciones anormales (véase Fig. 3).

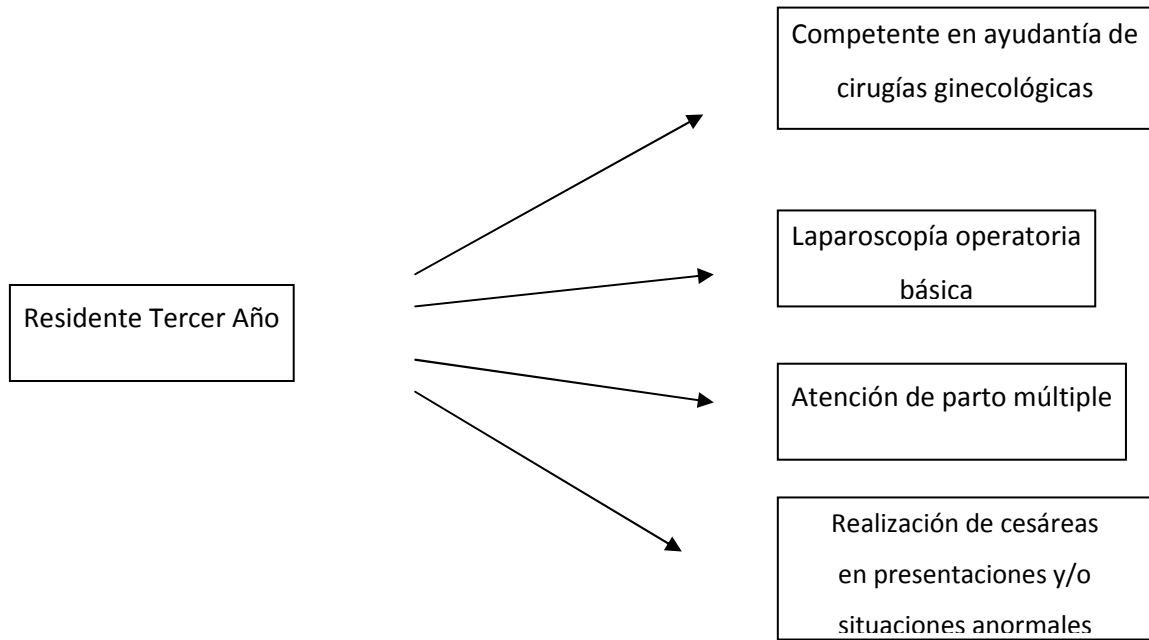


Fig. 3. Características del residente de tercer año.

Fuente: UANL (2003).

En tanto que el residente de 4° año debe ser competente para realizar cualquier procedimiento de la especialidad de Ginecología y Obstetricia (véase Fig. 4). (3)



Fig. 4. Características del residente de cuarto año.

Fuente: UANL (2003).

Se ha mencionado que en nuestro país no existe registro de el número de procedimiento realizados durante la realización de le especialidad de Ginecología y Obstetricia, No obstante en otros países existe registro de la experiencia quirúrgica de los residentes durante la realización de su programa de formación. Se ha documentado que los residentes americanos realizan tanto procedimientos obstétricos como ginecológicos. En los primeros se mencionan: Parto espontáneo, cesárea, fórceps, parto podálico, parto embarazo múltiple y amniocentésis genética. En tanto que en los procedimiento ginecológicos, se mencionan histerectomía abdominal y vaginal, cirugía incontinencia urinaria, cirugía por cáncer, cirugía por tumor anexial y por embarazo ectópico, laparoscopia (diagnóstica y terapéutica) y cirugía por infertilidad (véase Cuadro 1). (1)

Cuadro 1. EXPERIENCIAS QUIRÚRGICAS DE LOS RESIDENTES AMERICANOS DURANTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN

Procedimiento	Mediana
Obstetricia	
Parto espontáneo	360
Cesárea	188
Fórceps	37
Parto podálica	8
Parto embarazo múltiple	10
Amniocentésis genética	15
Ginecología	
Histerectomía abdominal	80
Histerectomía vaginal	30
Cirugía incontinencia urinaria	20
Cirugía por cáncer	29
Cirugía por tumor anexial	51
Cirugía por embarazo ectópico	20
Laparoscopia (diagnóstica/terapéutica)	79
Cirugía por infertilidad/endocrinopatía	32

Fuente: Cuello, et al. (2004)

En tanto que el programa de residencia de hospitales europeos enumeran los procedimientos mínimos obstétricos:

- 500 historias clínicas y manejo en sala de hospitalización de gestantes.
- 50 historias clínicas y manejo en sala de hospitalización de patología gestacional del primer trimestre.
- 50 historias clínicas y manejo en sala de hospitalización de púerperas.
- 50 historias clínicas y manejo en la policlínica de control de gestaciones de alto riesgo.
- 50 ecografías morfológicas de semana 20.
- 20 ecografías de cribado de cromosomopatías del primer trimestre.
- 15 amniocentésis.
- 200 casos de atención al parto y alumbramiento normal.
- 60 partos instrumentados.
- 60 cesáreas.
- 30 evacuaciones o legrados en úteros de menos de 10 semanas.
- 10 evacuaciones o legrados en úteros de más de 10 semanas.
- Presentar 6 sesiones clínicas.

En lo que se refiere a Ginecología, no se enumeran los procedimientos quirúrgicos mínimos a realizar pero si se mencionan a estos procedimientos tanto en lo que se refiere a ginecología general como a las actividades a realizar en el ámbito de diversas subespecialidades como:

- 1) Reproducción humana en la que se incluyen actividades de ginecología endoscópica; 2) Trastornos de estática pélvica en donde se incluye urodinamia;
- 3) Ginecología oncológica en donde se incluye patología de mama y colposcopia;
- 4) Perinatología y;
- 5) Climaterio. (4)

Entre los procedimientos obstétricos y no obstétricos así como acciones que se deben realizar durante la realización de la residencia de Ginecología y obstetricia necesarios para reunir el perfil del egresado se enumeran las siguientes:

Amniocentésis. Es un procedimiento que consiste en la punción de la cavidad amniótica por la vía transabdominal con guía ultrasonográfica continua.

Parto. Proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales. Para fines normativos, se admite como parto la expulsión del feto cuando pesa más de 500 grs. y la edad del embarazo es mayor de 20 semanas.

Parto eutócico. Parto normal con feto en presentación cefálica, variedad de vértice que culmina sin la necesidad de maniobras especiales. Otra definición es aquel en el que los cuatro factores del trabajo de parto: Canal, fuerzas, feto y placenta, interactúan en proporción y correspondencia y determinan la expulsión del producto de la concepción y sus anexos sin interferencia.

Parto distócico. Anormalidad en el trabajo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Planificación familiar. Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Parto abdominal (Cesárea). Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

Episiotomía. Es la incisión que se practica en el periné con objeto de ampliar el canal del parto y facilitar la salida del feto, acorta el segundo periodo del parto, reduce el

traumatismo fetal, evita laceraciones y hace profilaxis de los trastornos de estática pélvica.
(5)

Parto pélvico. El parto en presentación pélvica se presenta con una frecuencia variable que fluctúa entre 2.9 y 5.2%. Se divide en dos grandes grupos: a) Incompleta y: b) Completa. La morbilidad materna varía entre el 15 y 20% mientras que la morbilidad perinatal oscila entre el; 48 y 75%.

Distócico instrumentado (Fórceps). Es un instrumento de gran utilidad para la atención de parto y cuyas funciones fundamentales son prensión, rotación y tracción.

Distocia de hombros. Es una de las complicaciones obstétricas mas graves y se puede definir como la retención de los hombros después de la salida de la cabeza fetal. La incidencia varia de 0.6 a 2.8% de partos vaginales cefálico. Para su presentación existen factores maternos y fetales.

Legrado uterino instrumental. Es un procedimiento quirúrgico que permite la evacuación del contenido uterino y se realiza con fines diagnósticos o terapéuticos. (6)

Aspiración manual endouterina. Es una forma rápida y bastante segura de vaciar la matriz usando una cánula y una jeringa grande. Se puede usar la AMEU para ayudar a una mujer que tuvo una pérdida o un aborto incompleto, para tratar atrasos de la regla y para terminar un embarazo no deseado en lugares en donde ello está autorizado legalmente.

Salpingoclasia bilateral o esterilización tubárica. Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza sección de trompas de Falopio o bien con extirpación de zonas amplias de las trompas. De acuerdo al momento de realizarla puede ser transcesárea, post parto, post LUI o en un momento no relacionado con el embarazo (de intervalo). De acuerdo al abordaje se realiza mediante minilaparotomía que puede usarse en el periodo postparto y de intervalo, o mediante abordaje laparoscópico que se usa en intervalo.

Histerectomía. Es la extirpación de útero por medio de cualquiera de las varias técnicas y abordajes que incluyen las vías abdominal, vaginal y laparoscópica.

Histerectomía obstétrica. Es la extirpación del útero después de un aborto, un parto o una cesárea, tiene varias indicaciones y constituye un factor importante para salvar la vida de la mujer. Tiene complicaciones la hemorragia, choque hipovolémico, trastornos de coagulación y lesiones del aparato urinario.

Embarazo ectópico. Se define como aquel en donde la implantación del huevo ocurre fuera de cavidad uterina (endometrio). En el 95-97% de los casos ocurre la implantación ectópica en la trompa de Falopio.

Tumor anexial. Es la presencia de tumoración en pelvis que depende o se relaciona con estructuras del aparato genital como salpinges u ovarios. Estos pueden ser asintomáticos, con síntomas compatibles con torsión y con presentaciones catastróficas que incluyen hemorragia, ruptura y shock.

Enfermedad pélvica inflamatoria. Es una de las infecciones más graves que enfrentan en la actualidad las mujeres. Las mujeres no tratadas o tratadas en forma infructuosa pueden sufrir consecuencias que ponen en peligro sus vidas e incluso corren el riesgo elevado de presentar complicaciones potencialmente graves, estas secuelas pueden ser esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. El tratamiento de esta entidad es mediante esquemas de antibiótico plenamente establecidos y el tratamiento quirúrgico está reservado para urgencias quirúrgicas como abscesos rotos o para el tratamiento definitivo de pacientes en las cuales fracasa la terapia médica.

Miomectomía. Es la extirpación de miomas uterinos y ello se puede realizar vía abdominal, transvaginal y vía laparoscópica,

Mastectomía radical modificada. Es la resección quirúrgica de la mama e incluye el tejido mamario en bloque conservando músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares. Esta fue descrita por Halsted hace un siglo.

Colpoplastía anterior. Es la reparación de los defectos de compartimiento anterior en donde se incluye cistocéle, uretrocele y defectos vaginales.

Colpoplastía posterior. Es la reparación quirúrgica del compartimiento posterior con el fin de restaurar un cuerpo perineal defectuoso o un tabique rectovaginal fusionado en forma inadecuada.

Histeroscopia. Es la visualización directa de cavidad uterina mediante vía transvaginal y con uso de histeroscopio. Actualmente es un recurso para diagnóstico de anomalías intrauterinas y a menudo que ha avanzado el adiestramiento en ginecología se ha convertido en método terapéutico.

Biopsia excisional de mama. Consiste en la excéresis de toda la masa de mama y es el procedimiento definitivo para algunas masas mamarias benignas. Se realiza de forma ambulatoria con anestesia local o en caso de ser necesario con sedación endovenosa. (7)

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital General de Tijuana, específicamente el área de Ginecología y Obstetricia, se realizan en promedio 700 procedimientos mensuales que incluyen pacientes de índole obstétrica y ginecológica para atención o resolución de embarazo y tratamiento de diversas patologías, respectivamente.

Para brindar atención, se cuenta con 15 especialistas en Ginecología y Obstetricia distribuidos en los turnos matutino, vespertino, nocturno y turno especial, de ellos, 4 cuentan con preparación de subespecialidad. Respecto a la infraestructura física, el servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta con dos pisos que suman 50 camas para hospitalización, área de labor de labor que cuenta con 12 camas y dos salas de expulsión y dos salas de quirófano y el área de admisión con 4 camas de exploración.

Con esta infraestructura y este capital humano, y al considerarse un hospital de segundo nivel, cuenta con la capacidad de formar de manera periódica (durante 4 años) tres residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, por generación en promedio, mismos que al egresar deberán haber cumplido niveles de competencia tanto en procesos cognoscitivos, toma de decisiones y la adquisición de habilidades y destrezas que le permitan enfrentar problemas de salud reproductiva y asistencial (García Noriega, sf). Esos niveles de competencia se evalúan anualmente de acuerdo al grado que se este cursando y al egresar contar con estadísticas de los procedimientos quirúrgicos realizados durante su formación.

Entendiendo que las competencias medicas son la medidas para aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante la realización de la especialidad de GO, el presente estudio pretende proporcionar evidencia empírica del número de procedimientos realizados, con la finalidad de proyectar el nivel de preparación de los egresados de esta especialidad y compararlos con los estándares establecidos en el “Programa operativo de enseñanza del servicio de GyO”.

Dado que la especialidad abarca aspectos médico quirúrgicos, no solo es suficiente con el establecimiento de las actividades formales sino que se debe establecer el número de procedimientos mínimos a realizar para considerar a un especialista preparado y calificado. Para ello existen registros de procedimientos realizados durante la realización de especialidad en Estados Unidos y ellos abarcan tanto procedimiento Obstétricos como Ginecológicos. Igualmente se ha analizado el número de procedimientos mínimos requeridos en Hospitales Europeos (específicamente Hospital La Fe, de Valencia España). De esta manera se compararán estos procedimientos mínimos requeridos para el egresado de GO de estos lugares con los realizados durante la realización de la especialidad en HGT.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

General:

Describir los procedimientos ginecológicos y obstétricos realizados como parte del proceso de enseñanza aprendizaje de un residente de GO.

Específicos

1. Realizar un análisis de los procedimientos realizados por un residente de esta institución.
2. Realizar análisis comparativo de los procedimientos realizados por residente de HGT, con los realizados en otras instituciones.

CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN

El HGT tiene el compromiso de proveer servicios de salud a la comunidad, así como también el de formar recursos humanos de salud. Ante la vasta afluencia de pacientes al servicio de GO, se ve favorecida la formación de recursos humanos en cuanto a adquisición de habilidades y destrezas de los residentes de este servicio; sin embargo, se advierte la necesidad de profundizar en la consolidación de esta formación en cuanto a lo académico se refiere.

CAPÍTULO V. HIPÓTESIS

El especialista en GO egresado del HGT cuenta con las habilidades y destrezas para enfrentar la problemática de salud que en nuestro entorno se presentan, tanto en su identificación como en su tratamiento.

CAPÍTULO VI. DISEÑO

VI.1 Número de muestras a estudiar.

Se enumeran todos los procedimientos realizados desde el 1 de marzo de 2005 hasta el 28 de febrero de 2009, por un residente de GO.

VI.2 Participación del investigador:

Intervencionista.

VI.3 Tiempo en que suceden los eventos:

Longitudinal.

VI.4 Período que cubrirá el estudio.

Cuatro años que equivalen a la realización de la especialidad en GO.

CAPÍTULO VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar los procedimientos quirúrgicos se requirió del uso de infraestructura del servicio de GO del HGT.

CAPÍTULO VIII. UNIVERSO DE ESTUDIO

Mujeres que acudieron al servicio de GO y requirieron de atención GO de parte del residente en formación.

CAPÍTULO IX. TAMAÑO DE LA MUESTRA

2851 pacientes.

CAPÍTULO X. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. Criterios de inclusión:

Todas las pacientes atendidas durante el período de realización de la residencia en GO, durante el período 2005-2009.

CAPÍTULO XI. VARIABLES

Se consideran en éste análisis, variables como procedimiento realizado (parto eutócico, distócico, abdominal, etc.), método anticonceptivo, paridad, año de residencia en el que realizó el procedimiento, muerte materna o neonatal, además de variables socioeconómicas como edad, estado civil y lugar de nacimiento.

CAPÍTULO XII. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyen todas las mujeres que asistieron al servicio de ginecología y obstetricia durante el periodo 2005-2009, para atención de parto o padecimiento no obstétrico.

En este sentido, la muestra se divide en dos: la primera comprende 2073 pacientes a las que se les realizó un procedimiento obstétrico de parto vaginal y cesáreas y la segunda considera a 777 mujeres por procedimiento no obstétricos entre los cuales se encuentran: LUI, Laparotomías por embarazo ectópico, tumor anexial y EPI, histerectomía abdominal, vaginal y de causa obstétrica, salpingoclasias transcesárea, de intervalo, post parto y laparoscópica, marzupialización, miomectomía, colpoplastía anterior, colpoperineoplastía posterior, biopsia excisional de mama, mastectomía, histeroscopia, entre otros.

XII.1 Adiestramiento obstétrico.

Situación sociodemográfica de las pacientes.

La edad promedio de las pacientes de la primera muestra es de 23 años 4 meses, mientras que las dos pacientes más jóvenes a las que se les realizó un procedimiento obstétrico, cabe destacar que ambas vía cesárea, tenían 11 años y la mayor 45.

Respecto al lugar de origen de las pacientes, una tercera parte (33.18%) son nativas del Estado de Baja California y del 73% restante, el 12.8% nacieron en Sinaloa, 6% de Sonora, Michoacán y Chiapas, así como el 0.7% son extranjeras (cuyos países de origen son: China, Honduras, El Salvador, Nicaragua y EUA).

El 12% (255) de las pacientes que se atendieron reportaron como estado civil casadas, 13% (274) solteras y 75% (1541) en unión libre y de éstas últimas, el 13% fueron menores de edad.

Según datos de la CONAPO (2007), al final de la vida fértil de una mujer el promedio de hijos es de 2.13 a nivel nacional. De acuerdo a la muestra, de las pacientes que asistieron al servicio, 806 (39%) fueron gesta uno de las cuales el 4% tenían entre 30 y 41 años y 41% eran menores de edad (entre 11 y 17 años). Además, 775 mujeres (37%) están por encima de la media nacional, según la CONAPO, pues tenían entre 3 y 11 gestaciones, estas últimas correspondieron a dos pacientes cuyas edades fueron de 36 y 42 años.

Una vez realizado el procedimiento obstétrico y como parte del programa de planificación familiar¹ implementado por Secretaría de Salud “Anticoncepción posterior a evento obstétrico (APEO)”, el cual es considerado una estrategia que permite a la mujer púérpera el posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante el uso de algún método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica que atendió el evento obstétrico y con el propósito de que todas las mujeres tengan la posibilidad de elegir alguna opción anticonceptiva, se promovió entre las pacientes atendidas la utilización de algún método anticonceptivo.

De esta manera, durante los cuatro años de residencia de las 2073 pacientes obstétricas, al 30.5% (632) de las pacientes se les colocó el dispositivo intrauterino (DIU), 47.4% eligieron métodos hormonales, en su mayoría inyectables, a un 21.2% se les realizó una

¹ Entendida como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos (IMPER, 203).

obstrucción tubárica bilateral, a un 0.6% (12) otro método anticonceptivo como salpingoclasia y solamente el 0.4% (8) decidieron no utilizar ningún método para prevenir la concepción (véase cuadro 2).

Cuadro 2. Método anticonceptivo, programa APEO.

	Pacientes	%
DIU	632	30.5
Hormonal	982	47.4
OTB	439	21.2
Ninguno	8	0.4
Otros	12	0.6
Total	2073	100.0

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Procedimientos obstétricos.

Como parte de las competencias de un residente de ginecología está la atención de procedimientos obstétricos, sea vía vaginal o cesárea, mismos que se realizan principalmente durante los primeros dos años de la residencia.

De las 2073 pacientes atendidas durante el periodo de estudio, al 52% se les atendió por parto vía vaginal, siendo durante el primer y segundo año de residencia donde se evidencia la puesta en práctica y el adiestramiento adquirido para el eficiente desempeño de este procedimiento, al representar el 45% del total de partos (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Partos atendidos, según vía de resolución.

Año Residencia	Vía	
	Vaginal	Cesárea
R1	685	140
R2	253	330
R3	87	309
R4	53	216
Total	1078	995

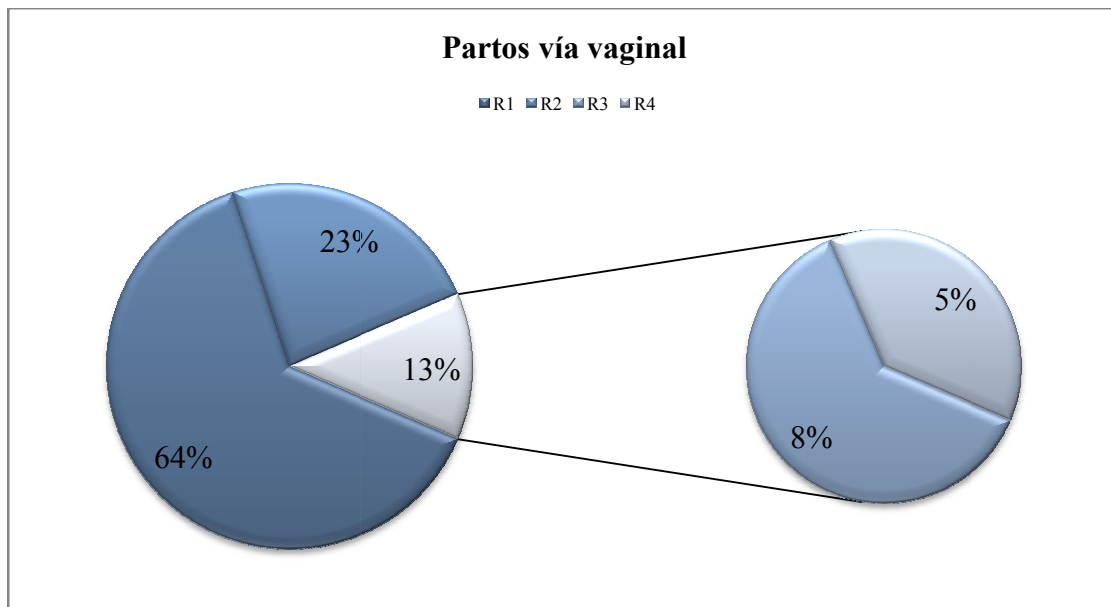
Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

En el siguiente apartado se detallan los procedimientos obstétricos realizados, diferenciando en la vía de resolución, sea vaginal o abdominal.

Partos vía vaginal.

Durante la residencia se atendieron un total de 1078 partos vía vaginal, de estos la distribución de acuerdo al año de residencia fue de 685 en el primer año, 253 para el segundo, 87 durante el tercer año y 53 en el cuarto, correspondiendo al 64, 23, 8 y 5% respectivamente (véase gráfica 1).

Gráfica 1. Partos atendidos vías vaginal, según año residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Del total de partos atendidos vía vaginal, en el 65% (703) de los mismos se requirió la realización de episiotomía, principalmente en primigestas ya que éstas representan el 60% (429) de las pacientes a las que fue necesario realizar este procedimiento.

En términos relativos, fue en el cuarto año de residencia donde un mayor número de episiotomías como proporción del total de partos atendidos se ejecutaron (83%), lo cual se asocia al hecho de que es durante este tiempo que los partos atendidos por el residente fueron, en su mayoría, distócicos ya sea por aplicación de fórceps, gemelar o pélvico (véase cuadro 4).

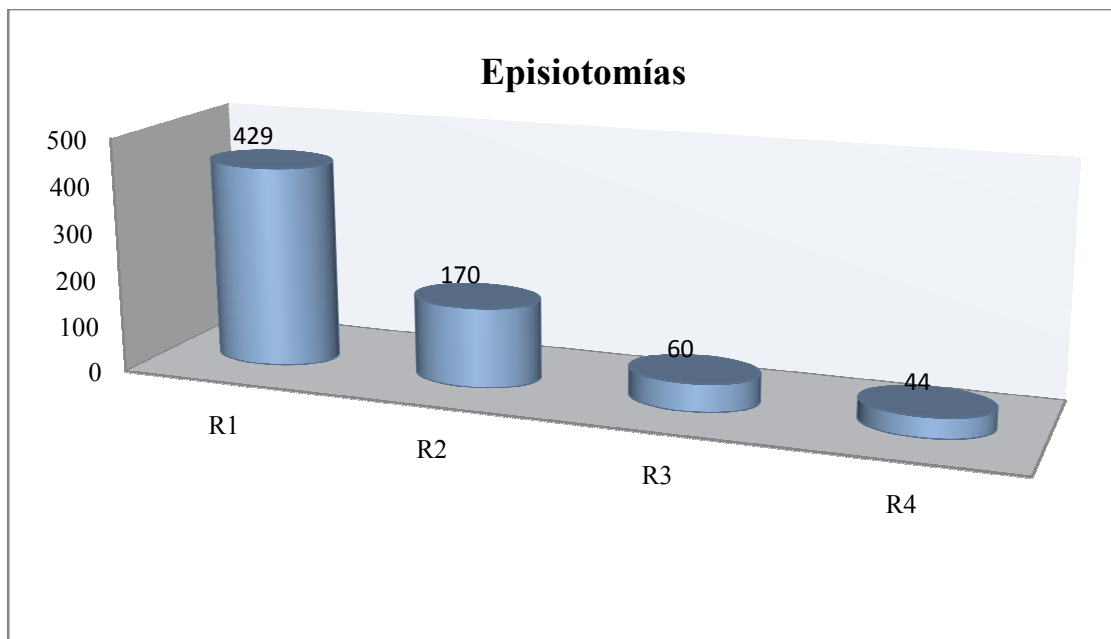
Cuadro 4. Episiotomías como proporción de partos atendidos, según año de residencia.

	Partos	Episiotomías	
R1	685	429	62.6%
R2	253	170	67.2%
R3	87	60	69.0%
R4	53	44	83.0%
Total	1078	703	65.2%

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Sin embargo, en términos absolutos, fue en el primer año de residencia donde se realizó un mayor número de este tipo de procedimiento, es decir, el 61% de todas las colpoperineotomías (véase gráfica 2), esto se relaciona positivamente con el hecho de que es durante este año cuando el residente atiende un mayor número de partos vía vaginal.

Gráfica 2. Episiotomías realizadas, según año de residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

El residente de ginecología y obstetricia, adquiere habilidades para resolver distocias asociadas a la atención de parto y resolver sus probables complicaciones. En este estudio

se observa que de los 685 partos atendidos durante el primer año, 19 (2.8%) fueron distócicos, siendo el pélvico el de mayor frecuencia (17).

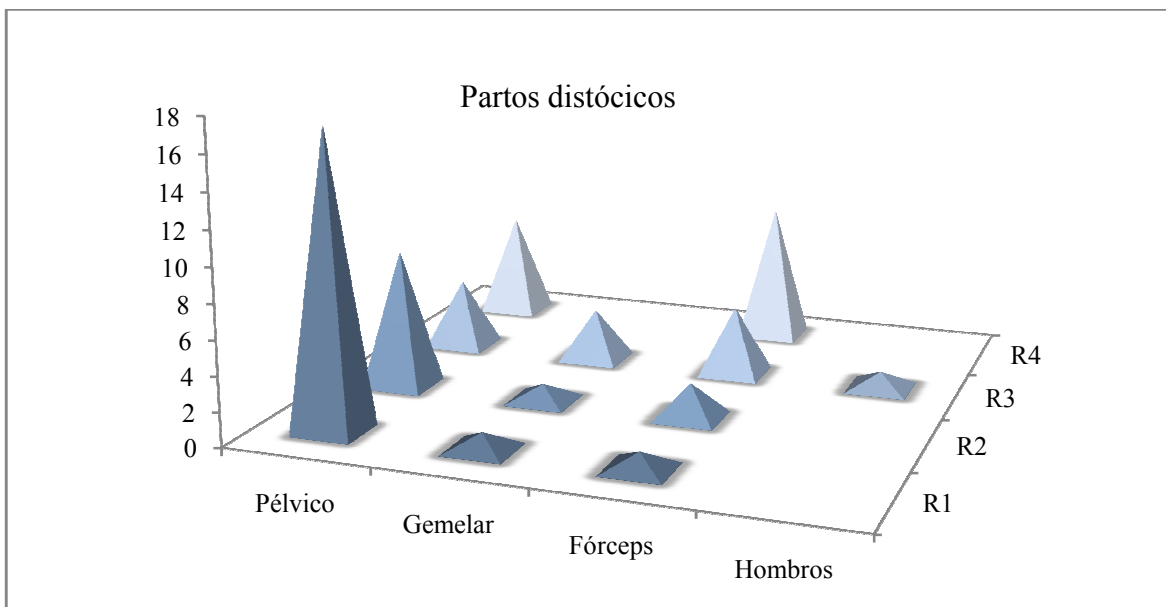
Cuadro 5. Partos distócicos, según año de residencia.

	Pélvico	Gemelar	Fórceps	Hombros	Total
R1	17	1	1		19
R2	8	1	2		11
R3	4	3	4	1	12
R4	6		8		14
Total	35	5	15	1	56

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

De la gráfica 3, se observa que es durante el tercer y cuarto año de residencia, cuando se adquiere la habilidad para resolver partos instrumentados, ya que de las 14 distocias atendidas durante el cuarto año, en ocho se emplearon fórceps.

Gráfica 3. Partos atendidos, según distocia y año de residencia.

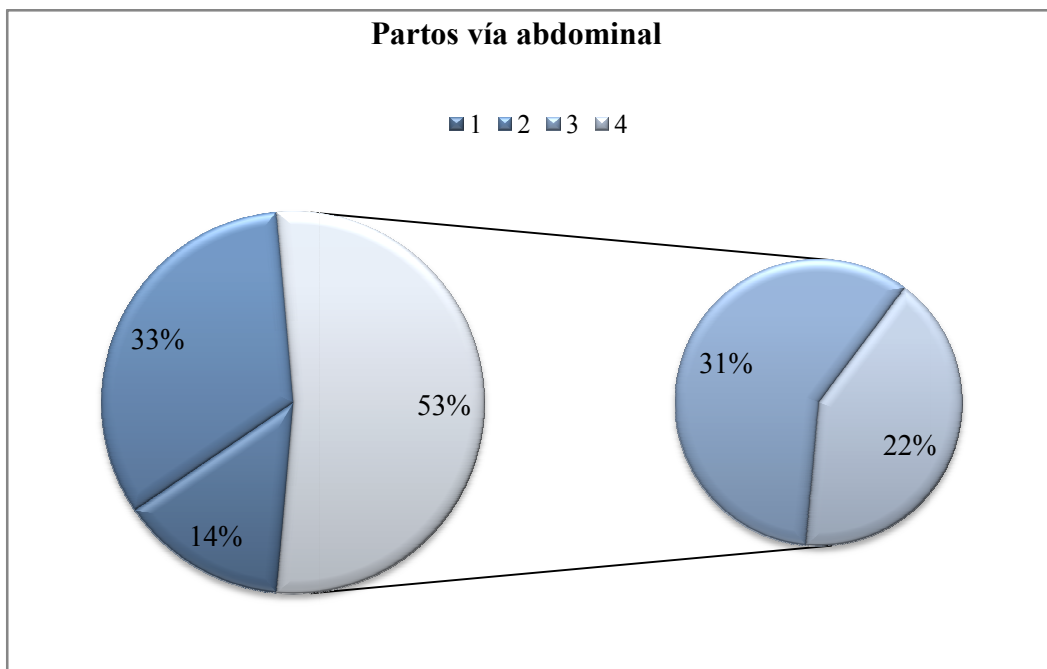


Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Partos vía abdominal.

Por otra parte, la atención de partos vía abdominal representó el 48% de los procedimientos, es decir, 995 cesáreas realizadas durante la especialidad, siendo la distribución de las mismas: 140 (14%) en el primer año, 330 (33%) en el segundo, 309 (31%) durante el tercer año y 216 (22%) en el último año de la especialidad (véase gráfica 4).

Gráfica 4. Partos atendidos vías abdominal, según año residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Por tanto, se observa que es durante el segundo y tercer año de residencia donde, efectivamente, se adquieren las competencias consideradas en el plan de estudios de la especialidad, para resolución de partos vía abdominal.

XII.2 Adiestramiento no obstétrico.

Situación sociodemográfica de las pacientes.

Durante el periodo en análisis, se atendieron 778 pacientes que acudieron al servicio de ginecología para que se les realizara algún procedimiento no obstétrico entre los que destacan: LUI, LAPE ectópico y quiste ovárico, HTA, HT Obstétrica, entre otros.

La media de edad de las pacientes consideradas dentro de esta muestra es de 30 años, en tanto que la paciente más joven atendida tuvo 13 años y la mayor, 85 años.

Respecto al origen de las pacientes, al igual que en la muestra anterior, una tercera parte son originarias del estado de Baja California, 14% de Sinaloa, 8% de Jalisco y 0.6% del extranjero.

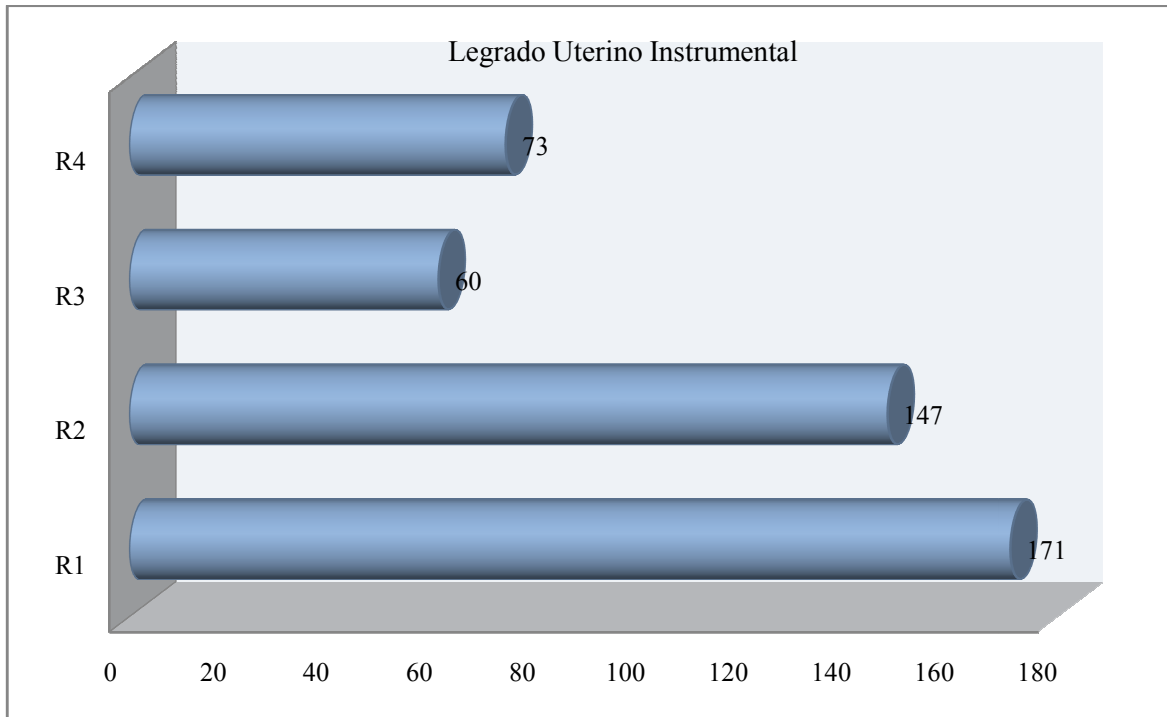
Procedimientos no obstétricos.

Como parte del adiestramiento, el residente de ginecología realiza procedimientos no obstétricos tales como LUI, LAPE, HT, entre otros. A continuación se detallan los procedimientos realizados durante el periodo de estudio.

Legrado Uterino Instrumental (LUI) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

De acuerdo al perfil del egresado de Ginecología y Obstetricia del HGT, se tiene que el residente de primer año, debe ser competente en el manejo de complicaciones del primer trimestre, así como complicaciones del segundo trimestre durante su segundo año. Tomando en cuenta la figura 4, se observa que fue durante el primer y segundo año, el periodo donde un mayor número de legrados uterinos instrumentales, es decir, de los 451 LUI realizados, 318 (70.5%) se llevaron a cabo en los primeros dos años de residencia, mientras que el 16.2% fueron en el último año de residencia, que de acuerdo al perfil el residente es competente para realizar cualquier procedimiento no obstétrico.

Gráfica 5. Legrado Uterino Instrumental, según año de residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Por otra parte, de acuerdo a la edad de las pacientes atendidas, del cuadro 6 se observa que el mayor número de legrados se realizaron en pacientes entre 19 y 29 años, porque se ha observado que la mayoría de las pérdidas gestacionales ocurren durante la primera y segunda gesta. En el caso de la paciente cuya edad está en el estrato de 60 o más, se le realizó un legrado hemostático biopsia (véase cuadro 6).

Cuadro 6. LUI y AMEU, según edad de la paciente.

Edad	LUI	AMEU	Total
13 - 18	81	1	82
19 - 29	256	3	259
30 - 39	96	2	98
40 - 49	14	0	14
50 - 59	3	0	3
60 o más	1	0	1
Total	451	6	457

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Laparotomía Exploradora (LAPE).

Respecto a las laparotomías exploradoras realizadas durante el periodo, se observa que del total de laparotomías (78), el 50% fueron por embarazo ectópico y se realizaron a partir del segundo año de residencia (17 de 39), siendo durante el tercero (43.6%) cuando más procedimientos de este tipo se realizaron.

En lo que respecta a laparotomías por quiste ovárico, que representaron el 33% de las LAPEs realizadas, fue durante el último año de residencia cuando se realizaron con más frecuencia este tipo de procedimientos (53.8%); situación que también se observó con las laparotomías epi (66.6%) y apendicectomía (75%) (véase cuadro 7). Lo anterior muestra evidencia de que es durante el último año cuando el residente adquiere las habilidades para realizar procedimientos no obstétricos.

Cuadro 7. LAPE, según año de residencia.

	R1	R2	R3	R4	Total
Ectópico		9	17	13	39
Quiste ovárico	1	5	6	14	26
EPI			3	6	9
Apendicectomía			1	3	4

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

De acuerdo a la edad de las pacientes atendidas, se tiene que la mayor frecuencia de laparotomías realizadas, sean por embarazo ectópico (22), quiste ovárico (14) y epi (5), se realizaron a pacientes entre 19 y 29 años. No siendo así en laparotomías por apendicectomía, ya que fue en mayor medida en mujeres entre 40 y 49 años; este tipo de procedimientos no se realizó en mujeres mayores de 60 años, debido a que es poco frecuente la presencia de padecimientos que requieren la realización de laparotomías en mujeres en este estrato de edad.

Cabe destacar que de los cinco casos atendidos en pacientes menores de edad en donde fue necesario realizar este tipo de procedimientos, cuatro laparotomías fueron realizadas por quiste ovárico (véase cuadro 8).

Cuadro 8. LAPE, según edad de la paciente.

Edad	Ectópico	Quiste ovárico	EPI	Apendicectomía	Total
13 - 18	1	4	0	0	5
19 - 29	22	14	5	1	42
30 - 39	13	5	2	0	20
40 - 49	2	2	2	2	8
50 - 59	1	1	0	1	3
60 o más	0	0	0	0	0
Total	39	26	9	4	78

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

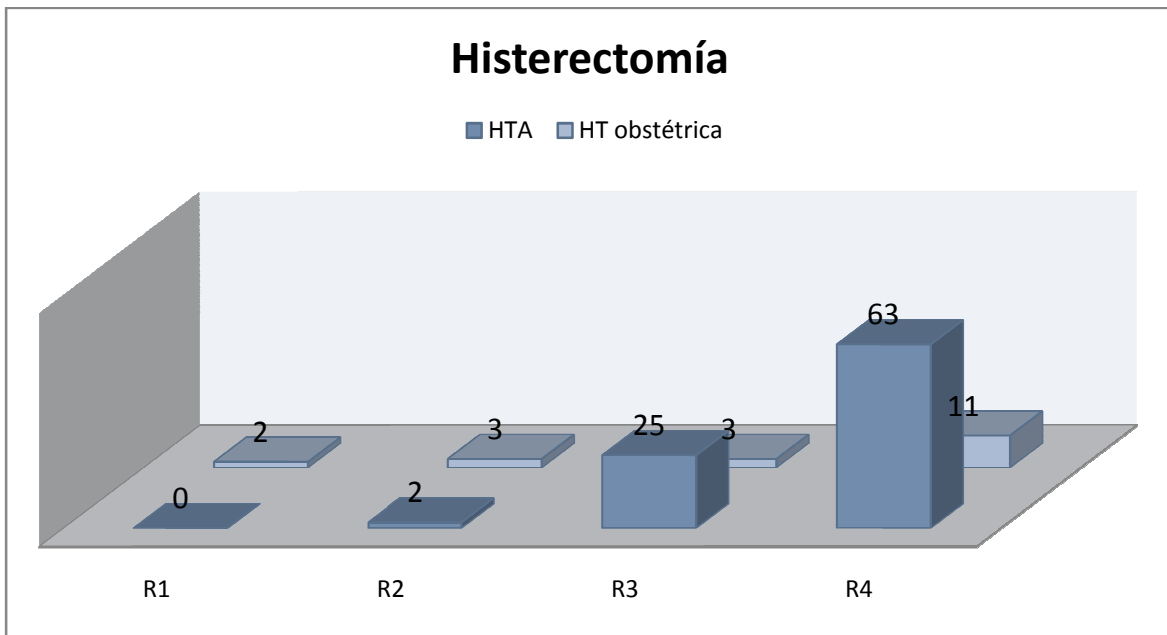
Histerectomía (HT).

El residente de ginecología, a partir del tercer año, se adiestra para realizar histerectomías, ya sea vía abdominal u obstétrica. Como se observa, a partir de la gráfica 6, de las 90 histerectomías abdominales realizadas, el 2.2% se realizaron durante el segundo año, el 27.8% durante el tercero y con mayor frecuencia (70%) durante el último año de residencia. Cabe destacar que en el primer año, el residente no realiza procedimientos de esta naturaleza, debido a que está adquiriendo habilidades a través del desarrollo de ayudantías en procedimientos ginecológicos.

Del total de histerectomías realizadas, el 17.4% (19) fueron obstétricas y en mayor proporción se realizaron durante el cuarto año de la residencia (57.9%), el 31.6% durante el R2 y R3 y los dos procedimientos restantes durante el primer año (véase gráfica 6).

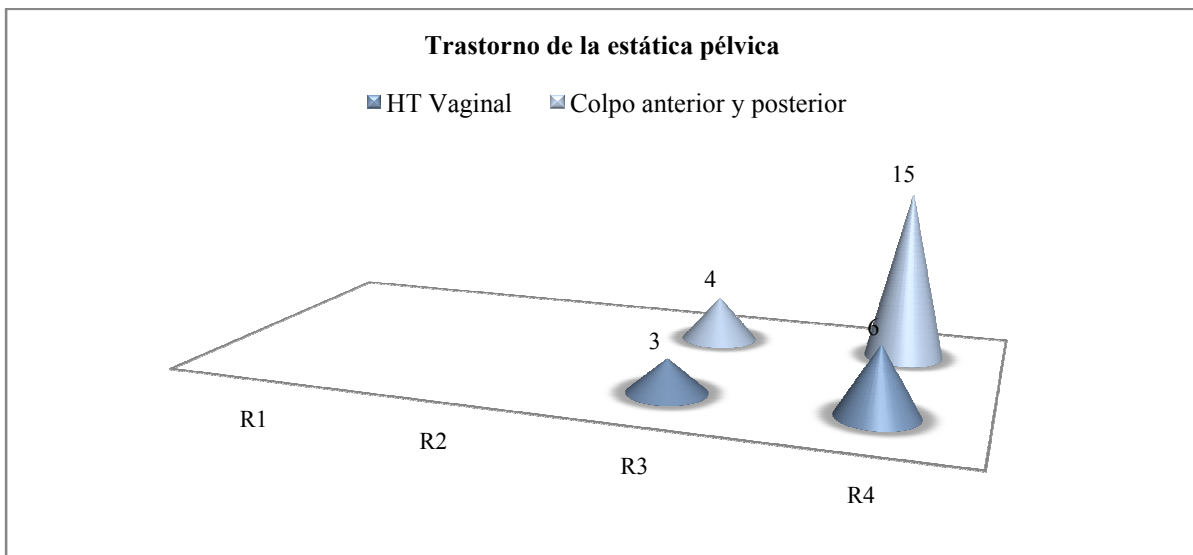
Durante la residencia, se realizaron 9 histerectomías vaginales (véase gráfica 7), de las cuales el 66.7% fue durante el último año y el 33.3% restante en el tercer año. Es interesante enfatizar que durante los dos primeros años el residente, de acuerdo al plan de estudios, no debe realizar este tipo de procedimientos.

Gráfica 6. HT, según año de residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Gráfica 7.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

De las 125 histerectomías realizadas durante los cuatro años de estudio, fue en mayor medida a mujeres entre 40 y 49 años de edad (50.4%), un 18.4% a mujeres entre 30 y 39 años, 16% entre 50 y 59 años, 10.4% en mujeres de 60 años o más y 4.8% en pacientes con menos de 30 años.

El procedimiento colpo anterior y posterior fue realizado con mayor frecuencia a pacientes entre 50 y 59 años de edad (7 de 19, 36.8%), 42% a mujeres entre 30 y 49 años. Este procedimiento se asocia a mujeres post menopáusicas, es por esa razón que probablemente no se haya realizado en pacientes menores de treinta años.

La mayor proporción de histerectomías obstétricas realizadas (85.7%) fueron a pacientes con menos de treinta años.

Cuadro 9. HT, según edad de la paciente.

Edad	HT obstétrica	HTA	HT Vaginal	Colpo anterior y posterior	Total
13 - 18	2	0	0	0	2
19 - 29	4	0	0	0	4
30 - 39	0	20	0	3	23
40 - 49	1	55	2	5	63
50 - 59	0	10	3	7	20
60 o más	0	5	4	4	13
Total	7	90	9	19	125

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Salpingoclasia Bilateral (SCB).

De los cuatro tipos de salpingoclasia realizadas durante la residencia, fue la transcesárea la que con mayor frecuencia se llevó a cabo (83.6%), 7.3% post parto y 4.4% de intervalo. Cabe mencionar que el 4.8% de las salpingoclasias realizadas fueron vía laparoscópica, procedimiento que no había sido realizado por residentes de generaciones anteriores y que fue durante el último año de la residencia cuando se adquirió la habilidad para realizarla.

Se observa, del cuadro 10, que fue durante el R4 cuando un mayor número de salpingoclasias se realizaron, principalmente transcesáreas (96). De igual forma, se hicieron salpingos post parto en mayor medida durante el cuarto año de residencia (véase gráfica 8).

Cuadro 10. SCB, según tipo y año de residencia.

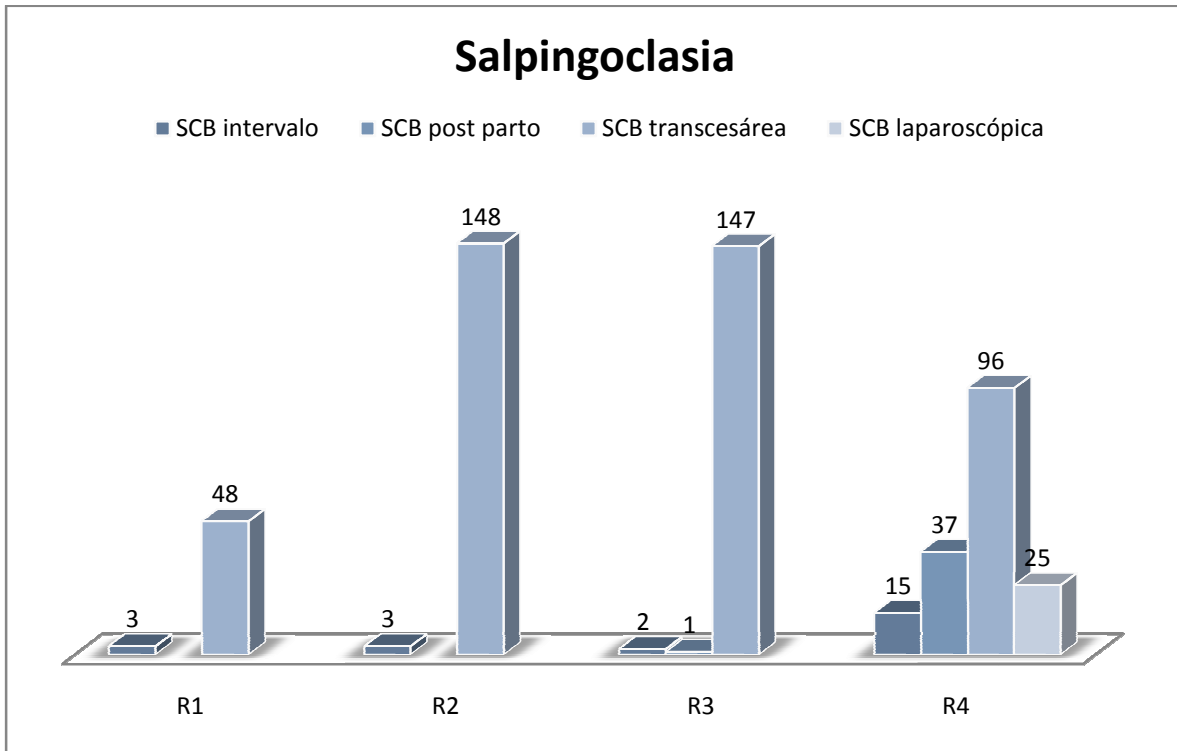
	R1	R2	R3	R4	Total
Intervalo	3	3	2	15	23
Post parto			1	37	38
Transcesárea	48	148	147	96	439
Laparoscópica				25	25
Total	51	151	150	173	525

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Del total de SCB realizadas durante la residencia, solamente una salpingoclasia vía laparoscópica se hizo en pacientes menores de edad, mientras que mujeres entre 19 y 29 años eligen la salpingoclasia como método anticonceptivo (43 de 86), siendo SCB post parto, la que con mayor frecuencia se realizó en mujeres en esta edad (véase cuadro 11).

En pacientes con edad entre 30 y 39 años, se realizaron casi en la misma proporción SCB de intervalo, post parto y laparoscópicas (véase cuadro 11).

Gráfica 8. SCB, según tipo y año de residencia.



Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

Cuadro 11. SCB, según edad de la paciente.

Edad	Intervalo	Post parto	Laparoscópica	Total
13 - 18	0	0	1	1
19 - 29	7	25	11	43
30 - 39	13	13	11	37
40 - 49	3	0	2	5
50 - 59	0	0	0	0
60 o más	0	0	0	0
Total	23	38	25	86

Fuente: Elaboración propia, con datos de HGT 2005-2009.

CAPÍTULO XIII. CONCLUSIONES

Los resultados descritos dan pauta para determinar el perfil del egresado de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana, y sobre todo pone en manifiesto que las habilidades y destrezas que se desarrollan son contundentes para que al egreso, al especialista se le considere preparado y calificado y con ello poder ejercer dentro de la medicina institucional o privada. Es evidente, que en lo obstétrico, el perfil del egresado rebasa las medianas reportadas en otras instituciones, mientras que en procedimientos no obstétricos (ginecológicos), algunos de los mencionados se encuentran dentro de la mediana reportada en la literatura, mientras que otros procedimientos se encuentran por debajo de los reportes de otras instituciones que poseen formación de especialistas en ginecología y obstetricia y ello debido a la inexistencia de clínicas de subespecialidad como uroginecología, infertilidad, ginecooncología por mencionar algunas.

Es evidente que las características del perfil de cada año cursado por el residente coincide con lo estipulado en el programa de la UANL citado en la sección de antecedentes y con ello se arroja en el presente estudio, el perfil en cuanto a actividades se refiere lo que el residente de el HGT posee.

Se concluye de esta manera, que el perfil del egresado es adecuado de acuerdo a los estándares establecidos en otras instituciones y queda ahí el parte aguas para determinar el número de procedimientos quirúrgicos mínimos a realizar por el residente. En tanto que en los apartados en los cuales hemos reportado deficiencia queda abierta la sugerencia del compromiso de la institución para mejorar en el aspecto académico y de esta manera incrementar las características del perfil del egresado.

CAPÍTULO XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Cuello F., Oyarzún E., Wild A. Perfil actual y requisitos para un programa de especialización en Obstetricia y Ginecología en el nuevo milenio en Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 136-148.
2. Rosa M. Tapia Villarreal, Rosa M, Nuñez Tapia, Ramón Syr Salas Perea, Alain R. Rodríguez Orozco. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Sup* 2007; 21(4).
3. Guía docente obstetricia y Ginecología. Hospital La Fe, Valencia España. Diciembre 2005.
4. Programa de difusión de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de la UANL.
5. Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia. INPer. 2003.
6. Cunningham et al. Williams obstetricia. 21a edición. Editorial Médica Panamericana. 2003.
7. Te Linde. Ginecología quirúrgica. 9a edición. Editorial Médica Panamericana. 2006.