

T
362-10
S469c
1964
F. Med

082112

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"CONSIDERACIONES SOBRE UN AÑO DE TRABAJO EN EL
HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE SAN VICENTE"

(Periodo comprendido del 1o. de Junio de 1962 al 31 de Mayo de 1963)

IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES DEPARTAMENTALES

TESIS DOCTORAL

Presentada por

MANUEL ANTONIO SELVA BONILLA

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR — EL SALVADOR — CENTRO AMERICA

ENERO 1964





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Fabio Castillo Figueroa

SECRETARIO GENERAL:

Lic. Mario Flores Macall

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. José Vicente Arévalo

SECRETARIO:

Dr. Alberto Morales Rodríguez

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Salvador Infante Díaz
Primer Vocal: Dr. Nasif Juan Hasbún
Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. José Benjamín Mancía
Primer Vocal: Dr. Miguel Antonio Parada Castro
Segundo Vocal: Dr. Luis Jiménez Escalante

CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. José Isaías Mayén
Primer Vocal: Dr. Benjamín Valdéz h.
Segundo Vocal: Dr. Jorge Alberto Escobar.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: DR. VICENTE ARMANDO NAVARRETE

PRIMER VOCAL: DR. RICARDO HERNANDEZ SUAREZ

SEGUNDO VOCAL: DR. REYNALDO CONRADO LAZO.

DEDICATORIA

A mis Padres

A mi Esposa y mis pequeñas hijas

A mis Hermanos

*A mis familiares en especial a mis tíos: Doña Martha Bonilla,
Don Silvano Sternheim y Doña Victoria Selva de Sternheim.*

A mi Suegra Doña Rosa v. de Iglesias

*A mis Profesores, compañeros y amigos y con especial aprecio
a los Doctores Armando Navarrete y Mauricio Barriere.*

P L A N D E T R A B A J O

- I - *Introducción*
- II - *Campo de trabajo: Hospital "Santa Gertrudis"*
 - a) *Distribución de los distintos Servicios*
 - b) *Personal*
 - c) *Medicina Asistencial*
 - Trabajo Médico*
 - Trabajo Quirúrgico*
 - d) *Medicina Preventiva.*
- III - *Experiencia Personal*
- IV - *Conclusiones*
- V - *Recomendaciones.*

INTRODUCCION

El objeto de este trabajo es contribuir con las experiencias acumuladas en el transcurso del año correspondiente a mi Servicio Social en el Hospital "Santa Gertrudis" de San Vicente, a mejorar las condiciones en que se trabaja en Hospitales departamentales, que como el mencionado, realizan un volumen considerable de trabajo en circunstancias difíciles pero susceptibles a importantes mejoras en beneficio de la población enferma.

Mediante el análisis de este trabajo creo dejar demostrada la significación que los Hospitales departamentales tienen para ampliar y mejorar el volumen y calidad de los Servicios Médico-Asistenciales de la República.

En los últimos años se han introducido algunas mejoras en los Centros Asistenciales de todo el país pero en ninguno de éstos han sido de significación definitiva para descentralizar la asistencia médica de los Hospitales de la capital. Situación ésta que consideramos de extraordinaria importancia para hacer efectiva la pronta y eficiente asistencia médica al mayor número de ciudadanos.

Mi modesta contribución a lo antes expresado la hago presentando lo que fué mi experiencia personal durante mi Servicio Social; creyendo dejar así una clara constancia del trabajo y las oportunidades que el estudiante en Servicio Social tiene para conocer muy de cerca los problemas asistenciales y hacer más efectiva su labor; al mismo tiempo insistir en la urgente necesidad de que las autoridades de Salud Pública, presten la debida atención al grave problema de la centralización de la asistencia médica del país en los Hospitales de la capital.

DISTRIBUCION DE LOS DIFERENTES SERVICIOS

El área total del Hospital es de aproximadamente una y media manzanas, de las cuales el área construida representa unas tres quintas partes el resto está ocupado por jardines y terreno rústico. Algunas de las construcciones son recientes y están distribuidas en forma funcional, otras datan de algunos años y han sido reacondicionadas para poder acomodar a los enfermos.

El ala de más reciente construcción fué inaugurada en los primeros meses de 1963, está ocupada por las oficinas administrativas y el Consultorio Externo. El Consultorio Externo es amplio, consta de una sala de espera de regulares dimensiones adyacente a la cual se encuentra el local ocupado por el Archivo; existen tres habitaciones destinadas a cuartos de exámenes en los que se despacha tanto la consulta general como la de emergencia, junto a éstos funcionan otras dos unidades que sirven una como cuarto de curaciones e intervenciones de pequeña cirugía y la otra como cuarto de inyecciones y vacunaciones. Anexo también se encuentra el Consultorio de Estomatología; Medicina Preventiva tiene asignadas dos habitaciones, una que sirve como sala de preparación y espera y la otra como Consultorio.

Hay otra ala cuya construcción data de unos dos años, está dividida en dos plantas, una ocupada por el gabinete y el Archivo de Rayos X, el Laboratorio Clínico y la Farmacia; la otra planta es ocupada por el Servicio de Pediatría que se encuentra dividido en sección de varones y sección de hembras; la sección de varones cuenta con 19 cunas y la de hembras con 17; pero este número es variable pues las cunas son movilizadas de una a otra sección según las necesidades; en cada una de las secciones existe un pequeño cuarto que sirve para el aislamiento de casos de enfermedades

infecto-contagiosas.

Los demás servicios son construcciones antiguas que han ido sufriendo transformaciones según la necesidad, hallándose distribuidos en medio de los jardines. Los Servicios de Hombres son los más amplios y están dotados de mayor número de camas y así tenemos que el Servicio de Medicina Hombres consta de 35 camas y el de Cirugía de 41; anexo al Servicio de Medicina se encuentra el Servicio de Pensión, el cual tiene cinco habitaciones estrechas e incómodas, las que por lo general son insuficientes para llenar las demandas.

Los Servicios de Medicina y Cirugía Mujeres funcionan juntos en una sola planta conocida con el nombre de Sala General de Mujeres; Medicina cuenta con 19 camas y Cirugía con 17.

Las Salas de Maternidad y Ginecología también funcionan en una sola planta, es el Servicio que como veremos más adelante tiene mayor movimiento de pacientes; el Servicio de Maternidad consta de 14 camas, contiguo se halla un pequeño cuarto equipado con una mesa ginecológica y que funciona como Sala de Partos, es sumamente pequeño e incómodo y no llena los requisitos necesarios de distribución, y ventilación de una verdadera Sala de Partos. El Servicio de Ginecología dispone igualmente de 14 camas, existe también una pequeña habitación destinada a cuarto de exámenes ginecológicos, toma de biopsias, controles, etc.

En la parte más aislada se encuentra el Pabellón de Tuberculosos, se halla dividido en Sección de Hombres y Sección de Mujeres, cada una de las cuales consta de 35 camas. En total el Centro cuenta con 231 camas.

En la parte central de todas las construcciones se encuentra la planta ocupada por la Sala de Operaciones, Arsenal Quirúrgico y Banco de Sangre. La Sala de Operaciones es moderna y amplia, tiene dos Quirófanos equipados con su respectiva mesa de operaciones, aparato de anestesia, me

sa de instrumental y aparato de aire acondicionado; contiguas hay dos habitaciones una ocupada como vestidor del personal y la otra como sala séptica.

Junto a la Sala de Operaciones hay un Departamento habitado por la Comunidad de Religiosas que labora en el Hospital.

El personal médico de emergencia tiene un amplio dormitorio y un comedor privado. El resto de las edificaciones se encuentran ocupadas por la cocina junto a la cual se halla el comedor de enfermeras y ayudantes, la lavandería, bodegas, caldera, aulas en las que se imparten las clases al Curso de Auxiliares y Escuela de Enfermería, Capilla y costurería.

Cuenta también el Hospital con un motor propio para los casos de emergencia, los que son bastante frecuentes debido al deficiente servicio de alumbrado eléctrico local.

PERSONAL

Durante el año de 1962 el Hospital fué integrado a la Sanidad, siendo conocido con el nombre de Centro Sanitario III o de la Región Paracentral; en el año de 1963 fueron nuevamente diferenciados, sobre todo en el aspecto económico, pero ambos personales siguieron trabajando en estrecha colaboración y en un mismo local.

En el año 1962 el Hospital "Santa Gertrudis" no apareció en el Presupuesto General y todas las plazas de Administración y Servicios Médico-Quirúrgicos fueron tomadas de las que se adjudicaron a la Dirección General de Sanidad.

En 1962 existía la plaza de Médico Director del Centro Sanitario, la cual en 1963 fué dividida en dos: 1) Director Médico del Hospital, puesto compatible con el cargo de Médico-Jefe de Servicio y 2) Co-Director del -

Hospital y Director de la Sanidad Local. En el resto de las plazas no hubo mayor variación entre los dos períodos.

En el Presupuesto para los Servicios Médico-Quirúrgicos aparecen solamente tres plazas para Médico-Jefe de Servicio y luego otras tres para Médico Auxiliar, pero todas ellas son ocupadas en calidad de Médico-Jefe de Servicio; los Servicios de Maternidad y Ginecología funcionan unidos - bajo la Jefatura de un mismo médico. La plaza de Jefe del Pabellón de Tuberculosos es proporcionada por la Sanidad.

El Servicio de Urgencia durante el año 1962 tenía tres plazas para Médico Interno, pudiendo ser desempeñadas por un médico graduado o un estudiante en Servicio Social, como en mi caso personal. En 1963 se le adjudicaron cinco plazas, una de Médico Residente y cuatro de Médico o estudiante de medicina en Servicio Social todas ellas a tiempo integral; pero durante los cinco primeros meses no pudieron ser llenadas las plazas vacantes y continuaron trabajando los mismos tres médicos internos del año anterior.

La Consulta Externa en 1962 disponía solamente de una plaza de Médico de Consulta con obligación de ver 15 pacientes adultos diariamente y - el resto de la consulta que era de diez niños, era vista por el Médico Interno de turno; en el año de 1963 no aparecieron plazas de consulta y entonces tuvo que ser repartida entre los Residentes, aumentando el número total de consultas a 30 diariamente. La consulta de Medicina Preventiva - cuenta con dos plazas una para Puericultura y la otra para Prenatal.

En algunos de los Hospitales del interior de la República se nombraron Médicos Consultantes de diversas especialidades, los cuales llegaban una vez por semana; al Hospital "Santa Gertrudis" se le asignaron Consultantes de Medicina Interna, Oftalmología, Urología, Radiología, Ortopedia y Psiquiatría.

Cuenta también el Hospital con una plaza de Odontólogo o estudiante de Odontología de último año, para que atienda la Consulta de Estomatología.

El Laboratorio Clínico está a cargo de un Tecnólogo Médico, que es uno de los primeros graduados en esta rama, que egresa de nuestra Universidad. Cuenta con tres plazas de Técnico-Laboratorista y una de Auxiliar entre quienes sacan los exámenes rutinarios, (Hemograma, Heces, etc.), siempre bajo la supervisión del Jefe.

Existen dos plazas de Anestésista pero están muy mal remuneradas, por lo que ha sido imposible encontrar un estudiante o técnico que quiera desempeñarlas y han sido ocupadas por dos enfermeras auxiliares, una de las cuales recibió entrenamiento en el Hospital Rosales y es la que administra las anestésicas generales con éter abierto, pentotal y trilens y al mismo tiempo se encarga de los tipos sanguíneos y transfusiones.

La Farmacia está a cargo de una de las religiosas que labora en el Hospital, teniendo bajo sus órdenes a cinco auxiliares que son las encargadas del despacho de las medicinas.

El Gabinete de Rayos X, es atendido por un Técnico quién se encarga de tomar las placas; las de urgencia son leídas por el mismo Médico solicitante y el resto son vistas por el Radiólogo Consultante en su día de visita.

Existen quince plazas para Enfermera Graduada, de las cuales sólo pudieron llenarse trece, una de Enfermera-Jefe con funciones en Sanidad, otra de Enfermera-Jefe con funciones hospitalarias, tres plazas de Enfermera-Sanitaria ocupadas en la Consulta Externa y Consulta de Fisiología, seis plazas de Enfermera-Jefe de Servicio y dos plazas de Supervisoras.

Las Enfermeras-Jefes y las del Consultorio trabajan en jornada de ocho horas dividida en dos lapsos, de 7 am. a 12.30 pm. y de 3 pm. a

5.30 pm.; las Enfermeras-Jefes de Servicio trabajan en el turno de 7 am. a 3 pm., solamente el Servicio de Pediatría tiene Enfermera Graduada en el turno de 3 pm. a 11 pm. Esto como se comprenderá debido al manejo más delicado de los niños; las plazas de Supervisora de 3 pm. a 11 pm. y 11 pm. a 7 am. fueron desempeñadas por las mismas Jefes de Servicio, quienes debido a la escasez de personal se alternaron trabajando en jornada doble. También por el mismo motivo no había Enfermera-Jefe de Sala de Operaciones, estando el Arsenal Quirúrgico bajo la supervisión de la Enfermera-Jefe de Cirugía Hombres y cuando se practicaban operaciones electivas tenía que instrumentar la Jefe del Servicio a que pertenecía el paciente. La Jefatura del Pabellón de Tuberculosos está a cargo de una religiosa y el Servicio de Pensión funciona anexo al Servicio de Medicina Hombres.

Las plazas de Auxiliares de Enfermería son 45 encontrándose repartidas en todos los Servicios, por lo general dos para cada Servicio en el turno de la mañana y una en los turnos de la tarde y la noche; el resto trabajan repartidas en la Consulta Externa, Arsenal Quirúrgico, Servicio de Pensión y el Pabellón de Tuberculosos.

Durante el año de 1963 funcionó en el Hospital un Curso de Capacitación para Auxiliares de Enfermería, al que asistieron enfermeras de todos los Centros de la región; como parte de su entrenamiento ayudaban por la mañana en el trabajo de los Servicios; igualmente lo hacían las alumnas de la Escuela de Enfermería.

El Archivo está a cargo de una Señorita con estudios especializados en el exterior y que actualmente está realizando una reorganización completa del sistema; cuenta con la colaboración de dos Secretarias quienes se encargan de sacar los cuadros y hacer fichas.

El resto del personal está distribuido en las distintas dependencias administrativas, no viniendo al caso entrar en detalles.

MEDICINA ASISTENCIAL

Trabajo Médico. Durante el período comprendido entre el 1o. de Junio de 1962 y el 31 de Mayo de 1963 se dieron en el Hospital un total de - 10,154 consultas de las cuales aproximadamente dos terceras partes corresponden a consulta de adultos y una tercera parte a niños. Se practicaron en el Consultorio 632 intervenciones de pequeña cirugía tales como sutura de pequeñas heridas, onicectomías, drenaje de pequeños abscesos, taponamientos nasales, etc. Se hicieron 5,641 curaciones, se inyectó a 8,259 pacientes y durante el período revisado en el año de 1962 se despacharon - 136,759 recetas, no pudiendo encontrarse datos al respecto en el año de - 1963.

De estas 10,154 consultas, las causas que ocuparon mayor frecuencia fueron:

Enfermedades de la cavidad bucal, del esófago, del duodeno, de la cavidad abdominal, del intestino, del peritoneo, del hígado, de la vesícula biliar y del páncreas.....	1,268
Gastroenteritis y colitis.....	728
Estados mal definidos.....	640
Anemias, hemofilia y otros estados hemorragíparos, enfermedades del bazo, etc.....	501
Nefritis y nefrosis, otras enfermedades del aparato urinario, de los órganos genitales (hombre y mujer), enfermedades de la mama, de la trompa de falopio, del parametrio y - el útero.....	464
Infecciones agudas de las vías respiratorias sup.	451
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo.....	387

<i>Avitaminosis y otras enfermedades del metabolismo (incluye toda desnutrición excepto Kwashiorkor)</i>	385
<i>Ascariidiasis-oxiuriasis y otras</i>	260
<i>Tuberculosis respiratoria</i>	229
<i>Paludismo</i>	151

(Según la clasificación usada en los informes mensuales de la Dirección General de Sanidad).

Como puede verse dada la capacidad del Hospital, el movimiento de la consulta es relativamente intenso; diariamente se atienden treinta pacientes en la Consulta General, más todos los casos de emergencia que se presentan en el resto del día. Si se aumentara el número de consultas sería contraproducente pues las medicinas se agotarían rápidamente como ha sucedido en algunas ocasiones en que llegamos al extremo de no disponer ni de aspirina.

El número de pacientes que son ingresados a los Servicios es mayor que el número de camas de que se dispone, por lo que es frecuente encontrar camas ocupadas por dos pacientes. A continuación se presentan cuadros en los que se analiza el movimiento mensual de cada uno de los Servicios durante el ejercicio que nos ocupa; como puede observarse el de mayor movimiento es el de Maternidad y Ginecología que tuvo un promedio mensual de 96.5 ingresos por mes y al mismo tiempo tuvo el promedio de estancia más corto con 3.94 días; esto es comprensible dado que las púerperas salvo complicación, son dadas de alta 48 horas después del parto; igualmente sucede con las pacientes que se les practica legrado uterino. Desgraciadamente este promedio de estancia hospitalaria no es fidedigno, pues no pudo obtenerse el dato de los tres últimos meses del año de 1962.

El promedio de estancia más alto lo tiene la sección de Pediatría -

Hembras con 18.52 días, lo que se debe en parte a las precarias condiciones en que son llevados al Hospital estos niños y a veces a que los padres se muestran reacios a retirarlos una vez que son dados de alta, habiéndose dado el caso de una niña que tiene cerca de cuatro años de permanecer en el Servicio y que fué abandonada por sus padres a los que ha sido imposible localizar aún por los medios legales, pues algunas personas han manifestado el deseo de adoptarla, sin poder efectuar trámites para satisfacerlos.

Se verá que los pacientes dados de alta y catalogados como mejorados son numerosos; ésto es debido a la necesidad de movilizar rápidamente los enfermos para poder suplir la enorme demanda de camas para nuevos ingresos; a estos pacientes se les proporcionan los medicamentos necesarios para terminar el tratamiento en sus hogares.

El menor número de muertes ocurrió en el Servicio de Maternidad y Ginecología, en el que se registraron únicamente tres durante el año, este dato se refiere solamente a adultos. Dos de ellas se debieron a Eclampsia grave y la otra fué una paciente que consultó al Hospital por retención placentaria de 10 horas de evolución con hemorragia abundante; se encontraba en estado de shock y falleció treinta minutos después de su admisión.

PEDIATRIA HEMBRAS

MES	INGRESOS	ALTAS	PROMED. EST.	CURADOS	MEJORADOS	MISMO ESTADO	MUERTOS
JUNIO	16	19	29	5	10	2	2
JULIO	28	21	28	5	11	2	3
AGOSTO	21	35	18.2	19	10	3	3
SEPTIEMBRE	24	25	20.8	5	14	2	4
OCTUBRE	23	22	-	11	7	2	2
NOVIEMBRE	29	32	-	18	8	2	4
DICIEMBRE	22	30	-	15	9	2	4
ENERO	29	30	17	16	11	3	-
FEBRERO	18	15	14	8	5	-	2
MARZO	21	22	10	18	3	1	-
ABRIL	26	24	15.7	10	9	4	1
MAYO	21	18	14	9	7	-	2
TOTALES	278	293	18.52	139	104	23	27

PEDIATRIA VARONES

MES	INGRESOS	ALMAS	PROMED. EST.	CURATOS	MEJORADOS	MISMO ESTADO	MUERTOS
JUNIO	27	24	19	10	10	--	3
JULIO	29	32	17	12	10	3	7
AGOSTO	24	30	17.4	12	14	3	1
SEPTIEMBRE	50	44	9.7	4	18	16	6
OCTUBRE	18	12	--	7	1	1	3
NOVIEMBRE	47	47	--	12	27	2	6
DICIEMBRE	25	27	--	17	8	1	1
ENERO	31	29	15	7	8	13	1
FEBRERO	22	21	13	5	14	2	--
MARZO	31	36	10	11	22	2	1
ABRIL	27	26	11	7	12	4	3
MAYO	29	31	10	20	8	1	2
TOTALES	560	358	13.56	124	152	48	54

REDUCION MUJERES

MES	INGRESOS	ALTAS	PROMED. EST.	CURADOS	MEJORADOS	MEJOR ESTADO	MUERTOS
JUNIO	45	46	12.6	28	14	4	-
JULIO	59	67	8.5	25	30	9	3
AGOSTO	55	56	10.2	13	34	6	3
SEPTIEMBRE	83	70	8.3	28	35	3	4
OCTUBRE	58	52	?	19	24	7	2
NOVIEMBRE	54	62	?	29	27	5	1
DICIEMBRE	42	45	?	28	10	2	5
ENERO	73	75	6	20	45	8	2
FEBRERO	56	58	4	16	34	5	3
MARZO	68	64	9	9	45	8	2
ABRIL	58	49	7.4	26	21	1	1
MAYO	72	62	9	9	49	3	1
TOTALES	723	706	8.33	250	368	61	27

CIRUGIA MUJERES

MES	INGRESOS	ALTAS	PROMED. EST.	CURADOS	MEJORADOS	MISMO ESTADO	MUERTOS
JUNIO	48	48	5.8	23	17	6	2
JULIO	54	26	12.8	16	9	1	-
AGOSTO	37	39	7.2	24	11	3	1
SEPTIEMBRE	14	34	9.6	21	11	1	1
OCTUBRE	49	59	?	23	15	-	1
NOVIEMBRE	24	34	?	23	10	1	-
DICIEMBRE	24	27	?	15	10	2	-
ENERO	29	20	6	7	8	4	1
FEBRERO	32	28	8	13	10	4	1
MARZO	57	36	9	24	9	1	2
ABRIL	30	23	29	17	4	2	-
MAYO	32	33	11	14	19	-	-
TOTALES	450	387	10.93	220	133	25	9

MEDICINA HOMBRES

MES	INGRESOS	ALTAS	PROMED. EST.	CURADOS	MEJORADOS	MISMO ESTADO	MUERTOS
JUNIO	64	60	15.3	36	15	3	6
JULIO	69	53	18	23	23	3	4
AGOSTO	78	86	11	48	31	2	5
SEPTIEMBRE	45	52	16.5	9	37	6	-
OCTUBRE	83	79	?	19	42	16	2
NOVIEMBRE	64	69	?	28	32	3	6
DICIEMBRE	74	86	?	26	44	13	3
ENERO	62	71	10	36	27	2	6
FEBRERO	67	52	12	35	11	4	2
MARZO	55	65	8	31	18	14	2
ABRIL	55	62	9.2	28	23	7	4
MAYO	61	45	16.22	26	14	5	-
TOTALES	777	780	12.91	345	317	78	40

CIRUGIA HOMERES

MES	INGRESOS	ALTA	PROMED. EST.	CURADOS	MEJORADOS	MISMO ESTADO	MUERTOS
JUNIO	55	74	13.8	48	12	13	1
JULIO	95	97	11.2	55	34	5	3
AGOSTO	89	92	12.5	56	24	9	3
SEPTIEMBRE	122	89	13.3	58	24	5	2
OCTUBRE	65	86	?	57	27	-	2
NOVIEMBRE	85	69	?	31	31	5	2
DICIEMBRE	54	65	?	35	20	9	1
ENERO	79	74	17	39	23	11	1
FEBRERO	88	82	11	46	24	11	1
MARZO	72	97	9	45	39	12	1
ABRIL	65	42	27	22	18	2	-
MAYO	60	75	11	48	20	7	-
TOTALES	929	942	13.97	540	296	89	17

MATERNIDAD Y GINECOLOGIA

MES	INGRESOS	AUTAS	PRO. EST.	B. COND.	FALT. TRA.	MUERTE	P. ATEN.	ESPONT.	FORCEPS	CESAREA	P. MULT.
JUNIO	70	71	2.7	71	-	-	64	58	6	4	1
JULIO	75	72	3.7	72	-	-	89	74	15	5	2
AGOSTO	79	73	1.7	72	1	-	80	75	5	2	-
SEPTIEM.	99	105	1.9	102	2	1	53	52	1	2	3
OCTUBRE	101	106	?	106	-	-	77	74	3	5	1
NOVIEMB.	100	88	?	88	-	-	79	77	2	4	1
DICIEMB.	87	90	?	90	-	-	77	73	4	4	1
ENERO	87	90	4	87	3	-	86	83	3	5	3
FEBRERO	66	62	5	54	8	-	83	81	2	1	-
MARZO	157	155	6	150	4	1	60	58	2	2	-
ABRIL	125	120	5.5	117	2	1	61	58	3	4	-
MAYO	112	104	5	101	3	-	73	73	-	1	1
TOTALES	1,158	1,136	5.9%	1,110	23	3	882	836	46	59	13

El Laboratorio Clínico funciona mejor desde que se encuentra a cargo de un Tecnólogo Médico, quien se ha preocupado de adquirir nuevos aparatos y reactivos para practicar exámenes más especializados; desgraciadamente - estos reactivos son de costo elevado por lo que se usan solamente en casos especiales. A continuación mostramos el trabajo realizado en el período estudiado:

Examen general de orina.....	2.961
Examen general de heces.....	2.924
Hemograma completo.....	2.499
Leucograma de urgencia.....	763
Gota gruesa.....	696
Examen de esputo investigando bacilos ácido-resistentes.....	295
Eritrosedimentación.....	282
Química sanguínea (no se especifica naturaleza del examen).	
Lapso comprendido entre el 1o. de Junio y 31 de Diciembre de 1962.	221
Antígenos febriles.....	103
Hematócrito y hemoglobina.....	76
Investigación de gonococo.....	63
Examen de fondo oscuro.....	3

En los informes mensuales de 1963 aparecen detallados algunos exámenes que no se reportaron en el año de 1962, pero los datos son incompletos pues el número anotado, no es fiel reflejo del trabajo realizado y además faltan algunos de los que se practicaban; debido a esto solamente los enumeramos para que se tenga idea de la labor llevada a cabo: dosificación de glucosa en sangre, nitrógeno no protéico, nitrógeno uréico, creatinina, fosfatasa alcalina y ácida, bilirrubina, reacción de Hanger y Timol, retención de la bromosulftaleina, fenolsulfoftaleina, tiempo de coagulación y -

sangramiento, tiempo de Protombina, reserva alcalina, examen citoquímico - de líquido cefaloraquídeo y líquidos de derrame, proteínas totales y diferenciales, investigación de bacilo diftérico y reacción de Friedman.

En el Departamento de Radiología se tomaron 882 placas, durante el año de 1962 el material proporcionado fué escaso y en numerosas ocasiones no pudieron tomarse radiografías urgentes debido a la falta de películas; en el año de 1963 en que se nombró un radiólogo consultante, se nos proporcionó suficientes películas, sustancias y colorantes necesarios pudiendo practicarse entonces estudios de vías biliares, pielogramas endovenosos, estudios de estómago y duodeno y enemas baritados.

Trabajo Quirúrgico. El trabajo quirúrgico va de acuerdo con las capacidades del Hospital, se hubiera podido desarrollar una mejor labor pero se tropezó con algunas dificultades.

El Arsenal Quirúrgico posee escasa cantidad de ropa e instrumental - por lo que tiene que limitarse el número de operaciones electivas que pueden realizarse diariamente y cuando se tiene que practicar varias operaciones de urgencia consecutivamente, en ocasiones se tiene que esperar hasta que nuevamente se esterilize el instrumental; a lo anterior se suma la falta de personal suficiente con que cuenta la Sala de Operaciones.

Tiene el Hospital un moderno aparato de anestesia, el cual se arruinó a principios del mes de Junio y no fué posible repararlo a pesar de nuestra insistencia, debido a la falta de repuestos adecuados. Aunque existen dos plazas de anestesista, no se ha podido conseguir personal con los conocimientos y entrenamiento necesarios, siendo una enfermera la encargada de administrar las anestesis generales con éter abierto, pentotal y - trilene; las anestesis raquídeas son dadas por el cirujano que va a practicar la intervención; dichosamente no tuvimos que lamentar ningún acci-

dente anestésico durante el año.

Otro contratiempo con que se tropieza es la falta de sangre y la dificultad para conseguirla; la gran mayoría de nuestra población rural es desnutrida y anémica y aquellos que pudieran ser donantes tienen pavor a dejarse sangrar. Debido a ésto, intervenciones en las cuales se necesitan transfusiones en el momento operatorio o por lo menos tener sangre de reserva por cualquier eventualidad, son practicadas ocasionalmente, como - ejemplo mencionaremos: colecistectomías, prostatectomías, histerectomías, etc.

A pesar de todas estas dificultades se realizó un buen número de intervenciones las que detallamos a continuación, haciendo notar que no aparecen numerosas intervenciones de pequeña cirugía como toma de biopsias, sutura de heridas, drenaje de abscesos, etc. debido a que estas no son anotadas en el libro de control de la Sala de Operaciones.

Legrado uterino.....	186
Cura de hernia.....	69
Inguinal.....	52
Umbilical.....	15
Epigástrica.....	2
Aplicación de forceps (bajo y medio).....	46
Cesárea.....	39
Apendicectomía.....	37
Laparotomía exploradora.....	36
Esterilización.....	35
Limpieza de quemaduras.....	27
Extracción manual de placenta.....	21
Reducción fractura de Colle's.....	18

<i>Histerectomía vaginal</i>	13
<i>Colpoperineorrafia</i>	11
<i>Prostatectomía supra-púbica</i>	9
<i>Cistostomía</i>	9
<i>Amputación dedos de la mano</i>	9
<i>Circuncisión</i>	5
<i>Histerectomía abdominal total</i>	4
<i>Colecistectomía</i>	4
<i>Versión y extracción</i>	4
<i>Traqueotomía</i>	3
<i>Cura de hemorroides</i>	3
<i>Operación de Manchester</i>	2
<i>Safenectomía</i>	2
<i>Amputación miembro inferior</i>	1
<i>Tiroidectomía</i>	1
<i>Extirpación polipo rectal</i>	1

MEDICINA PREVENTIVA

Se ha incluido este capítulo debido a que como mencionamos anteriormente, durante el año de 1962 el Hospital fué integrado con la Sanidad, - funcionando como Centro Sanitario. Como Médico Interno no tuve absolutamente ninguna relación con el aspecto preventivo, por lo que me concretaré a mencionar algunos datos de interés con los que se puede formar una idea - del trabajo realizado.

Diariamente se dá por la mañana la consulta de Puericultura y por la tarde la de Prenatal, en cada una son vistos quince pacientes; algunas veces no se llena el cupo establecido y entonces se completa con casos de - Medicina Asistencial. En el programa de Higiene Materna se dieron 3,153 - consultas; el programa de Puericultura está dividido en tres partes; Higiene Infantil, Higiene Pre-escolar e Higiene Escolar, no se proporcionan datos de estos últimos por estar incompletos.

Las vacunaciones no alcanzaron el número esperado, ésto se debe a que gran número de madres se niegan a vacunar a sus hijos porque tienen la - creencia de que posteriormente les dan calenturas, erupciones y mueren; - así las cosas la cifra de vacunas administradas fué: D.P.T. 205, viruela 876 y tifoidea 622. Consultaron al Centro 150 personas que habían sido - mordidas por perros, a todas ellas se les aplicó un total de 1.032 dosis de vacuna antirrábica y se les administró suero hiperinmune a 59.

Se reportaron 65 casos de sífilis primaria y secundaria y se extrajeron 4,206 muestras de sangre para reacciones serológicas, las que tienen que enviarse al laboratorio central en donde son practicadas.

En la división de tuberculosis se examinó en fluoroscopia o fotofluoroscopia a 6.813 personas, de éstas se catalogó como positivas o sospechosas a 589 pacientes. De los pacientes examinados en fluoroscopia se les -

tomó radiografía con película regular a 257 y en película miniatura a 764.

En el cuadro siguiente se muestra el diagnóstico y clasificación radiográfica de los casos encontrados:

PRIMO INFECCION	MINIMA	MODERADA	AVANZADA	OTROS	EXTRA PULMONAR	TOTAL
80	24	70	110	33	5	322

Se comprobaron bacteriológicamente 82 casos.

El Médico encargado de la Consulta de Tisiología es el mismo que ocupa la Jefatura del Pabellón de Tuberculosos, durante el año de ejercicio - dió 1.798 consultas a tuberculosos, de los cuales se enviaron a Centros Hospitalarios 52.

En el programa de prueba de la tuberculina y vacunación con B.C.G. se reportaron los siguientes resultados:

Personas sometidas a prueba antes del B.C.G..... 2.544
Pruebas leídas..... 1.980
Pruebas positivas..... 594
Pruebas negativas..... 1.386
Personas con prueba negativa vacunados con B.C.G..... 1.375

Las pruebas positivas representaron un 30% de las leídas y las pruebas negativas el 70% restante.

Respecto a la campaña de nutrición, se repartió a las familias inscri

tas, la leche proporcionada por la UNICEF y durante el año de 1963 también leche Río Grande. Durante los meses de Enero y Febrero de 1963 se llevó a cabo un programa de nutrición que abarcó toda la región, en el cual se daban pláticas e instrucciones tanto a los pacientes como al personal de enfermería, para que este último se encargara de dictar posteriormente las charlas educativas; también la campaña abarcó las Escuelas, incrementando la creación de nuevos huertos escolares.

El programa de Higiene Oral está dividido en dos partes: la Higiene Oral Escolar y la Higiene Oral para Gestantes; es atendido por un Odontólogo que le dedica una hora y media diariamente.

El resto de actividades fueron las usuales de los centros sanitarios tales como saneamiento ambiental, licencias para construir, control de alimentos, etc.

EXPERIENCIA PERSONAL

Es indudable que para todo estudiante de Medicina el año de Servicio Social obligatorio es una de las etapas más interesantes y difícil de su carrera; es entonces cuando tenemos que enfrentar y resolver situaciones - que anteriormente estábamos acostumbrados a encarar con la ayuda y bajo - la supervisión de nuestros profesores o en su defecto de los Residentes - respectivos, y es a través de este año cuando adquirimos mayor experiencia y responsabilidad dentro de nuestro ejercicio profesional.

Siempre fué mi deseo hacer mi Servicio Social en un Centro que conta ra con la capacidad, material y personal necesarios para poder adquirir - mayor entrenamiento dentro de la Medicina General; se vieron colmados mis deseos al ser designado Médico Interno del Hospital "Santa Gertrudis" de San Vicente, que como he descrito anteriormente es uno de los Hospitales - departamentales que desarrollan mejor labor.

Entre las obligaciones que tiene el Médico Interno está la de atender por la mañana parte de la Consulta General el día que se encuentra de turno; el número de pacientes es variable fluctuando entre quince a dieciocho. El motivo de consulta es diverso, generalmente corresponde a Medicina Inter na y Pediatría; las consultas de Cirugía General, Ortopedia y Obstetricia la mayor parte son atendidas en la Consulta de Emergencia; no son raras - Las Consultas de Dermatología y Oftalmología, la mayoría de las cuales se refieren al especialista.

La consulta de Emergencia puede decirse que empieza propiamente de - las diez de la mañana en adelante, es variada pero la mayor parte de casos se trata de emergencias quirúrgicas; en el cuarto de curaciones se suturan las pequeñas heridas que no ameritan pasar a la Sala de Operaciones, ésto lo hacen las enfermeras graduadas, excepto en casos muy especiales.

El Residente tiene que atender todas las llamadas de los Servicios y cumplir las indicaciones dejadas por el Jefe, como por ejemplo: drenajes, toracocentesis, paracentesis, etc. Respecto al Servicio de Maternidad existe una situación especial, el Residente controla el trabajo de todas las parturientas, pero únicamente atiende los partos de primigestas o aquéllas que presenten alguna complicación; el resto son atendidos por la Enfermera Jefe del Servicio y en ausencia de ésta por la Supervisora de turno.

Debido a la falta de personal médico suficiente, el Residente tiene en ocasiones que llenar la Jefatura de alguno de los Servicios y así tuve la oportunidad de desempeñar el cargo de Médico Jefe del Servicio de Medicina Hombres durante tres meses y posteriormente el de Medicina Mujeres durante nueve meses; también tuve a mi cargo la Sección de Pediatría Varones durante dos meses debido a ausencia del Encargado. Esto me daba la oportunidad de estudiar y ejercitarme constantemente y poder seguir la evolución de los casos que ingresaba del Consultorio.

Como Residente se tiene la oportunidad de realizar un apreciable entrenamiento quirúrgico; en un principio me limité a practicar únicamente las intervenciones de urgencia, pero posteriormente tuve la oportunidad de practicar algunas operaciones electivas, ayudando en esta forma a descongestionar los Servicios. A continuación enumero las intervenciones que llevé a cabo durante el año y menciono algunos de los casos que para mí guardan especial interés, desgraciadamente faltan algunas debido a que en la Sala de Operaciones no se lleva un control estricto y he tenido que recurrir a anotaciones personales.

Como se verá no aparece en el record las suturas de heridas, exceptuando las muy graves, drenajes de abscesos y en fin todas las intervenciones de pequeña cirugía debido a que éstas no se anotan en el Libro de Registro.

<i>Legrados uterinos</i>	86
<i>Esterilizaciones</i>	17
<i>Aplicación de forceps bajo y medio</i>	17
<i>Cesáreas</i>	15
<i>Limpieza de quemaduras</i>	12
<i>Apendicectomías</i>	11
<i>Laparotomías exploradoras</i>	11
<i>Herida por arma de fuego</i>	2
<i>Embarazo ectópico</i>	2
<i>Traumatismo abdominal cerrado</i>	2
<i>Abdomen agudo de origen indeterminado</i>	3
<i>Herida penetrante por arma blanca</i>	1
<i>Quiste retorcido del ovario</i>	1
<i>Cura de hernia</i>	9
<i>Inguinal</i>	7
<i>Umbilical</i>	1
<i>Epigástrica</i>	1
<i>Reducción fractura de Colle's</i>	9
<i>Extracción manual de placenta</i>	7
<i>Sutura de heridas graves</i>	6
<i>Amputación dedos de la mano</i>	4
<i>Amputación miembro superior (tercio inf. del antebrazo)</i>	3
<i>Prostatectomía supra-púbica</i>	3
<i>Cistostomía</i>	2
<i>Versión y extracción a segundo gemelo</i>	2
<i>Traqueotomía</i>	1
<i>Safenectomía</i>	1
<i>Amputación miembro inferior (tercio sup. del muslo)</i>	1
<i>Colpoperineorrafia</i>	1
<i>Circuncisión</i>	<u>1</u>
<i>TOTAL</i>	219

CASO NO. 1. L.M.C., de 49 años, consultó el 12 de Agosto de 1962 a -
la 1.45 pm. Historia: ese día a las 9 am. se le instaló súbitamente fuer-
te dolor abdominal, al principio localizado a región peri-umbilical, lue-
go irradiado difusamente por todo el abdomen; se acompañaba de náuseas y
vómitos tipo bilioso, no había expulsado gases ni había verificado cámaras
ese día. Anteriormente había presentado crisis de dolor abdominal sin lo-
calización específica, pero nunca con la gravedad de esa ocasión; no ha-
bían otros antecedentes de importancia. Al examen se encontró adulto con
temperatura de 37.9, pulso 88, T.A. de 100x60; quejumbroso, intranquilo,
adelgazado. P. pulmonar y C.V. neg., Abdomen: presentaba gran resistencia
abdominal (abdomen en tabla), sumamente doloroso en toda su extensión, si-
lencio abdominal absoluto.

Se ingresó con el diagnóstico de abdomen agudo de origen por determi-
nar y se indicó succión nasogástrica, soluciones parenterales, antibióti-
cos y leucograma; no se tomó radiografía simple del abdomen por no tener
películas en ese momento. A las 4 pm. el paciente continuaba quejándose -
del dolor, T.A. 80x50, pulso 128; leucograma de 10.700 con 72 neutrófilos,
27 linfocitos y 1 monocito.

Se intervino a las 6 pm. practicando laparotomía media supra e infra-
umbilical, al abrir la cavidad abdominal salió gran cantidad de líquido -
citrino purulento, se exploraron cuidadosamente las visceras encontrando
tumoración neoplásica que ocupaba todo el antro pilórico y parte de la -
curvatura menor, la cual tenía una perforación de más o menos 1 cm. de -
diámetro, se trató de suturarla pero los bordes se desgarraban con suma -
facilidad por lo que se recubrió con epiplón fijándolo con puntos de cró-
mico; se comprobó metástasis a los ganglios regionales y al hígado; se -
practicó lavado de la cavidad y se cerró por planos dejando dos drenos -
blandos. El paciente salió de la Sala de Operaciones en estado de shock -
con T.A. de 60x40 y pulso imperceptible; se mantuvo en estado crítico du-

rante dos días, después de los cuales empezó a reaccionar hasta normalizarse al cuarto día; al noveno día se retiraron los puntos, complicándose con disrupción de la herida operatoria la cual se reparó al 30a. día, se le dió el alta al 48a. día en buenas condiciones. Se citó a control pero ya no volvió a presentarse.

Tratamiento post-operatorio: succión, soluciones dextrosadas y electrolíticas, levofed, wyamine, antibióticos en grandes cantidades y vitaminas.

COMENTARIO. Este caso tiene especial interés por la baja frecuencia con que se presenta y luego por la forma en que se instaló, con inicio brusco sin antecedentes patológicos que orientaran el diagnóstico, talvez se hubiera sospechado si se hubiera podido obtener una radiografía simple del abdomen. Desgraciadamente se cometió la omisión de no tomar una biopsia en el momento operatorio, lo que nos hubiese permitido sellar el diagnóstico con el estudio histológico.

CASO NO. 2. L.L.A. de 37 años, consultó el 2 de septiembre de 1962 a las 9.30 am. Historia: ese día a las 6 am. recibió balazo en el pecho, con orificio de entrada a nivel de la tetilla derecha. Al examen se encontró paciente con temperatura de 35°C, pulso 140, T.A. de 90x60; frío, sudoroso, que presentaba herida por arma de fuego con orificio de entrada - en 58. Espacio intercostal derecho un poco por debajo de la tetilla, no tenía orificio de salida. Pulmonar: matidez de la base derecha y abolición del murmullo vesicular. Abdomen blando, depresible, hígado y bazo neg., ruidos peristálticos algo disminuidos. Se ingresó al Servicio de Cirugía indicándole respaldo, control de signos vitales, sangre, antibióticos y Rx de tórax y abdomen.

A las 12.15 se anotó: "Enfermo en malas condiciones, moderada disten

sión abdominal, no hay ruidos peristálticos"; se practicó punción abdominal en varios cuadrantes extrayendo sangre oscura abundante. Rx de tórax de mostró hemotórax de la base derecha, no se le tomó Rx del abdomen porque solamente había una película. Se le indicó más sangre y se ordenó preparar laparotomía exploradora.

Se practicó laparotomía media supraumbilical a las 2.30 pm., al abrir la cavidad salió gran cantidad de sangre, se exploró encontrando orificio de proyectil en hoja izquierda del diafragma, por el cual pasaba de la cavidad torácica regular cantidad de sangre con cada movimiento respiratorio, se cerró el orificio con puntos de seda gruesa y se procedió a explorar - las visceras abdominales encontrándose perforación del estómago en sus caras anterior y posterior las cuales se suturaron en dos planos con crómico, también se encontró laceración del bazo que no sangraba al momento; - se taponeó con gelfoam y se cerró la pared abdominal en cuatro planos. El paciente durante toda la intervención permaneció en estado de shock, saliendo de la sala sin T.A. ni pulso; falleció a las 4.30 pm.

COMENTARIO. Este enfermo desde su ingreso al Hospital se hallaba en malas condiciones, presentaba lesiones torácicas y abdominales, pero era el compromiso pulmonar lo que ameritaba tratamiento inmediato, debió habersele evacuado su hemotórax para estabilizar la función pulmonar y luego practicar la exploración abdominal; cuando se decidió a intervenir no se pensó en que siendo sometido a anestesia por inhalación y sobre todo - con éter abierto el compromiso pulmonar iba a ser más severo tal como sucedió. Indudablemente si este caso hubiera sido bien manejado habría sido posible salvarle la vida; desgraciadamente actuamos con precipitación y - tuvimos que lamentar un fatal desenlace.

CASO NO. 3. P.L.F. de 8 años, consultó el 16 de Noviembre de 1962,

a las 2 pm. Historia: hacía más o menos una hora había sufrido caída de un árbol de una altura aproximada de un metro y medio, recibiendo fuerte traumatismo en hipocondrio derecho, el cual se produjo con el borde del respaldo de una silla que se encontraba por debajo del árbol; presentaba dolor localizado en el mismo hipocondrio y que se irradiaba al flanco y fosa renal del mismo lado. Al examen se encontró enfermo tranquilo, pálido y sudoroso; pulso casi imperceptible e incontable, T.A. de 60x40; había matidez de hipocondrio derecho, el cual era sumamente sensible lo mismo que el flanco del mismo lado; peristaltismo intestinal un poco disminuido.

Se ingresó con el diagnóstico de traumatismo abdominal, ruptura hepática?. Se le indicó transfusión y control de signos vitales. La tensión arterial y el pulso se mantuvieron sin variaciones siendo pasado a la sala de Operaciones a las 4.30 pm.

Se practicó laparotomía paramedia derecha supraumbilical, se abrió cavidad abdominal explorando cuidadosamente, en el ángulo hepático del cólon había un pequeño hematoma, el hígado se encontró sin ninguna lesión al igual que el resto del tracto gastro intestinal; al explorar el espacio retroperitoneal se palpó gran masa fluctuante que ocupaba toda la fosa renal derecha; se practicó despegamiento del cólon ascendente y ángulo hepático reclinándolo hacia la izquierda, al exponer el espacio retroperitoneal hubo salida de gran cantidad de sangre y coágulos, la hemorragia era casi incontrolable, se practicó hemostasia con gran dificultad logrando controlar el sangramiento; se encontró el riñón derecho estallado en tres fragmentos los cuales se extrajeron y a continuación se ligaron vasos renales y uréter con seda y el resto de los vasos con simple, se procedió a cerrar el espacio retroperitoneal dejando un dreno blando y luego se cerró la pared abdominal en cuatro planos.

El paciente salió de la Sala de Operaciones con T.A. de 80x50 y pulso de 124; durante la intervención se transfundieron dos litros de sangre y un litro de dextrosa. El post-operatorio fué excelente, el 20 de Noviembre se controlaron los cuerpos nitrogenados con los siguientes resultados: N.N.P. 89 mgr. %, N.U. 42 mgr. % y creatinina 3.1 mgr. %; nuevamente volvieron a controlarse el día 24: N.N.P. 49 mgr. %, N.U. 25 mgr. % y creatinina 1.2 mgr. %. Fue dado de alta 12 días después de la intervención en perfectas condiciones, se citó a control en un mes pero ya no acudió a la cita.

COMENTARIO. En un estudio de 50 casos de traumatismos no penetrantes del abdomen llevado a cabo en el Hospital Rosales se encontró una incidencia del 6% para los traumatismos renales, la sintomatología reportada fué similar a la descrita en nuestro caso. El paciente presentaba signos inequívocos de una hemorragia interna severa pero no se hizo el diagnóstico pre-operatorio debido a que no se le tomó una radiografía simple del abdomen en la que pudiéramos haber visto el borramiento de la línea del psoas y luego haber practicado un cateterismo vesical para ver las características de la orina; estos dos datos hubieran sido suficientes para hacer el diagnóstico pre-operatorio. Dichosamente el caso fué tratado con la prontitud que requería y además tuvimos la suerte que en esa fecha el Banco de Sangre tenía reservas suficientes para reponer las pérdidas del paciente.

CASO NO. 4. M.L.R.G. de 8 años consultó el 16 de enero de 1963 a las 9 am. Historia: el día anterior se encontraba jugando cuando recibió golpe en el abdomen con un columpio, varias horas después se empezó a quejar de dolor abdominal difuso y presentó náuseas y vómitos, no había expulsado gases ni había verificado cámaras desde el momento en que sufrió el -

traumatismo; fué llevada al Consultorio al día siguiente en la madrugada y la enfermera de turno le administró tintura de belladona y una ampolla de Baralgina sin lograr calmarle el dolor. Al examen físico se encontró - una niña con temperatura de 39, pulso 136, no hay dato de la T.A.; quejumbrosa, deshidratada, facies peritoneal; presentaba gran resistencia abdominal, abdomen en tabla, y silencio abdominal.

Se ingresó con el diagnóstico de abdomen agudo de origen traumático, ruptura de víscera hueca. Se indicó succión nasogástrica, soluciones parenterales, antibióticos, leucograma y Rx simple del abdomen. En la radiografía simple del abdomen se visualizó gas bajo el diafragma; se pasó a la Sala de Operaciones a las 12 m. en situación sumamente comprometida con T.A. de 70x40 y pulso 156.

Se practicó laparotomía media supra e infra umbilical, con una incisión de más o menos 12 cm., al abrir la cavidad dió salida a regular cantidad de líquido purulento, habían placas peritoneales adheridas en todo el intestino; se encontró estallamiento en el yeyuno a unos 10 cm. del asa fija, se regularizaron los bordes y se cerró en dos planos con crómico; el resto del tubo digestivo se encontraba en buenas condiciones. Se practicó lavado de la cavidad y despegamiento de algunas de las placas purulentas y se procedió a cerrar la pared abdominal dejando dos drenos blandos. La paciente salió de la Sala de Operaciones con T.A. de 40x0, pulso 160.

En los controles subsiguientes la T.A. continuó descendiendo hasta llegar al colapso total a las 6 pm. en que se encontró T.A. 0, pulso 0; falleció a las 7.15 pm.

El leucograma que se ordenó a su ingreso dió cifras de 5.600 con 73 neutrófilos, 24 linfocitos, 3 monocitos, eosinófilos y basófilos 0. Tratamiento: succión, soluciones parenterales, sonda vesical en permanencia, antibióticos, morfina, levofed y wyamine.

COMENTARIO. El presente caso también se trata de un traumatismo no penetrante del abdomen; en la revisión hecha en el Hospital Rosales se encontró una incidencia del 6% para las lesiones del yeyuno, siendo más frecuentes como en el caso presente, en las proximidades del asa fija debido a su escasa movilidad. Desgraciadamente en nuestro caso la paciente fué - vista cuando tenía casi 24 horas de evolución y ya había desarrollado una peritonitis extensa y un shock tóxico severo del cual no pudo recobrase. Tiene importancia el que el agente traumático fuera un columpio, objeto que aparentemente no es capaz de ocasionar un daño tan serio como el que presentaba la paciente y ésto nos deja la lección que en esta clase de accidentes nunca deben subestimarse los antecedentes y proceder a verificar - un reconocimiento y estudio completo del paciente.

CASO NO. 5. S.A.O.M. de 11 años, consultó el 18 de Febrero a las 10 am. Historia: fué muy difícil obtener datos concisos tanto de la paciente como de los familiares; aparentemente hacía cuatro días se había iniciado estado febril acompañado de náuseas y vómitos, diarrea con cámaras líquidas sanguinolentas, numerosas, última cámara el día anterior a las 11 am., desde entonces tampoco había expulsado gases; anteriormente había presentado crisis desinteriformes similares. Al examen físico se describió paciente con temperatura de 39.4, pulso 140 y T.A. de 70x50; febril, agudamente enferma, deshidratada, facies peritoneal; pulmonar y cardiovascular neg.; Abdomen: franca defensa abdominal, matidez hepática desaparecida, silencio abdominal.

Se ingresó con el diagnóstico de Invaginación intestinal?, úlcera - amibiana perforada?. Se indicó succión nasogástrica, soluciones parenterales, antibióticos, Rx del abdomen y leucograma el cual fué reportado con 5.925 G.B., 77 neutrófilos, 22 linfocitos y 1 monocito. Rx mostraban niveles líquidos.

Se intervino a las 12 m. practicando laparotomía media supra e infra umbilical, al abrir la cavidad se aspiró un líquido amarillo claro en cantidad aproximada de 250 cc.; se exploró encontrando segmento de íleon de unos 50 cm. enormemente dilatado y de aspecto necrótico; se practicó resección de aproximadamente 60 cm. de intestino delgado, al cortar los bordes salieron enorme cantidad de ascárides, los cuales formaban una masa compacta dentro de todo el segmento; se hizo anastomosis término terminal y se cerró la pared abdominal en cuatro planos.

Al salir de la Sala de Operaciones la paciente continuaba en estado de shock y así se mantuvo hasta el día siguiente a las 4.30 pm. en que falleció.

COMENTARIO. La historia en el presente caso orientaba a los diagnósticos propuestos, nunca nos imaginamos que al explorar íbamos a encontrar la patología descrita. La ascaridiasis es un parasitismo muy frecuente en nuestro medio y sobre todo en la población rural, pero a pesar de su alta incidencia este tipo de complicación es relativamente raro; anteriormente habíamos tenido la oportunidad de ver un caso en el Hospital Bloom en el cual se encontró una pelota de ascárides impactada a nivel de la válvula ileocecal, pero como repito en nuestro caso no habían datos que nos orientaran a este tipo de patología. Desde su ingreso la paciente se encontraba en situación crítica y fué la toxemia la responsable del fatal desenlace.

CASO NO. 6. F.O.O. de 42 años, consultó el 6 de marzo de 1963. Historia: hemorragia genital escasa desde hacía 40 días, se acompañaba de dolor abdominal difuso localizado al bajo vientre; última regla normal hacía dos meses? no presentaba síntomas de embarazo. Al examen se encontró paciente con temperatura de 37.5, pulso 84, T.A. no hay dato; examen general prácticamente negativo; examen ginecológico: genitales externos sin

particularidades, vagina libre, cuello uterino entreabierto, útero ligeramente aumentado de tamaño doloroso a la exploración, se palpaba una masa de consistencia firme al lado derecho del cuerpo uterino y que parecía hacer cuerpo con éste. Se ingresó al Servicio de Ginecología con el diagnóstico de Mioma Uterino y se le indicaron sus exámenes complementarios. En el cuadro no se encuentran datos de antecedentes obstétricos y ginecológicos de la paciente.

El 8 de marzo fué vista por el médico Jefe del Servicio quien anotó: "En el abdomen se palpa masa dolorosa que ocupa parte del hipogastrio y toda la fosa ilíaca derecha; al examen ginecológico hay masa fluctuante que ocupa todo el anexo derecho, no puede delimitarse debido al dolor". - Indicó analgésicos, sedantes, reposo y avisar al médico interno para examen bajo anestesia.

A las 7 pm. del mismo día se practicó examen bajo anestesia general - con pentotal, describiendo: "Hay masa fluctuante que ocupa todo el fondo de saco lateral derecho, no parece hacer cuerpo con el útero"; a continuación se puncionó extrayendo sangre oscura que no coagulaba.

Se practicó laparotomía media infra umbilical, al abrir la cavidad se aspiraron aproximadamente 500 cc. de sangre y se extrajeron abundantes coágulos entre los que se encontró feto bien formado de unos 6 cm.; al romper se el embarazo tubario había infiltrado en parte el ligamento ancho; se practicó salpingo-ovariotomía derecha y se cerró pared abdominal en cuatro planos.

Tuvo un post-operatorio satisfactorio hasta el quinto día en que se complicó con una tromboflebitis del miembro inferior derecho, la cual fué tratada con antibióticos y calor local; fué dada de alta 25 días después de la intervención, en buenas condiciones.

COMENTARIO. La historia en el presente caso era bastante sugestiva

de un embarazo ectópico, lo que se confirmaba al practicar el examen ginecológico debido a las características de la masa descrita. He querido incluir este caso para recordar este tipo de patología, ya que sobre todo en nuestro medio se presenta con alguna frecuencia.

CASO NO. 7. M.B.H.B. de 22 años, consultó el 4 de Mayo de 1963 a las 10 am. Historia: el día anterior por la mañana, se le instaló fuerte dolor abdominal al principio difuso, pero que posteriormente se localizó a fosa ilíaca derecha; se acompañaba de náuseas y vómitos, también de estado febril; primera vez que presentaba este cuadro. Reglas normales, la última hacía diez días. Al examen se describió una paciente joven con temperatura de 40.2, pulso 112, adelgazada, un poco pálida. Pulmonar y C.V. neg. Abdomen blando, depresible, sensible en región peri-umbilical y fosa ilíaca derecha, punto de Mc Burney ++, Blumberg +. Se ingresó con el diagnóstico de apendicitis aguda y se le indicó analgésicos, antiespasmódicos y un leucograma cuyo resultado no aparece en el cuadro respectivo.

El día siguiente fué vista por el médico Jefe del Servicio quien anotó: "Hay moderada distensión abdominal, meteorismo, peristaltismo aumentado, continúa quejándose de dolor sobre todo a nivel de fosa ilíaca derecha. Creo conveniente avisar al Médico Interno para que practique laparotomía exploradora".

Se intervino a las 3 pm. del mismo día, practicándose incisión paramedia derecha infra umbilical, se encontró el apéndice normal; pensando en la posibilidad de un divertículo de Meckel se exploró el ileón encontrando casi en su parte final un segmento de unos 15 cm. de consistencia dura y aspecto necrótico, por lo que se practicó resección de un segmento de 20 cm. con anastomosis término terminal; también se practicó apendicectomía y se cerró pared abdominal en cuatro planos.

El post-operatorio fué satisfactorio siendo dada de alta en buenas - condiciones ocho días después de la intervención.

La pieza operatoria se envió para estudio anatómo-patológico siendo reportada como una ileitis aguda inespecífica.

COMENTARIO. Este cuadro tenía todas las características de una apen- dicitis aguda complicada posteriormente con un proceso peritoneal; el ori- gen de la ileitis no pudo ser establecido. En estos casos se ha reportado recidivas, por lo que se citó a la paciente para controles sucesivos, pe- ro ya no volvió a presentarse.

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

- 1.- Se presenta el trabajo realizado en el Hospital "Santa Gertrudis" de San Vicente, en el período comprendido del 10. de Junio de 1962 al 31 de Mayo de 1963, analizando brevemente las condiciones bajo las cuales se llevó a cabo este trabajo.
- 2.- Si igualmente analizáramos el trabajo de los Hospitales y Centros de Salud del interior de la República veríamos que dentro de su alcance todos ellos desarrollan una magnífica labor evitando en esta forma la afluencia de pacientes y el congestionamiento de los Hospitales Centrales.
- 3.- El número de camas de que dispone el Hospital "Santa Gertrudis" es insuficiente para llenar las demandas.
- 4.- A pesar de contar únicamente con 14 camas, el Servicio de Maternidad es el que tiene mayor movimiento de pacientes.
- 5.- No existe una adecuada Sala de Partos.
- 6.- La Consulta General tiene que limitarse debido a la insuficiente existencia de medicamentos.
- 7.- El trabajo quirúrgico es satisfactorio dadas las condiciones de trabajo y fácilmente podría ser aumentado si se allanaran algunas dificultades mencionadas anteriormente.
- 8.- Se hace una breve reseña de las actividades llevadas a cabo en un año de Servicio Social como Médico Interno.
- 9.- El Médico Interno tiene la oportunidad de realizar un buen entrenamiento dentro de la Medicina General, pero especialmente en el aspecto quirúrgico ya que la gran mayoría de emergencias corresponden a la rama de Cirugía.

RECOMENDACIONES

- 1.- Dar mejor atención presupuestaria a los Hospitales del interior de la República, ya que en esta forma podría aumentarse la capacidad de trabajo, evitando aún más la migración de pacientes a los Hospitales centrales.
- 2.- Construcción de nuevos Hospitales o modernización y ampliación de los antiguos, para poder disponer de un número suficiente de camas.
- 3.- El Servicio de Maternidad del Hospital "Santa Gertrudis" necesita ser dotado de un mínimo de 30 camas para poder satisfacer las demandas.
- 4.- Igualmente, necesita urgentemente la construcción de una Sala de Partos que llene los requisitos necesarios.
- 5.- En atención al nuevo plan de Residentes, es conveniente nombrar en los Hospitales Departamentales de importancia, personal médico con alguna experiencia sobre todo quirúrgica, ya que éste sería uno de los factores que haría aumentar el trabajo.