

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



REVISION DE LA CIRUGIA EN EL CENTRO DE SALUD
DE SUCHITOTO DURANTE LOS AÑOS 1963 - 1967

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

JUAN GUILLERMO LOPEZ

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

MAYO DE 1969

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

T
617
Z 864 Y
1969
F. med.
Ej. 2

8274

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124837

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

R E C T O R

DR. JOSE MARIA MENDEZ

SECRETARIO

DR. JOSE RICARDO MARTINEZ

* * * * *

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

D E C A N O

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

SECRETARIO

DR. RICARDO ALBERTO CEA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Carlos González Bonilla
Primer Vocal: Dr. Fernando Alvarado Piza
Segundo Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dr. Emin Roberto Hasbún
Segundo Vocal: Dr. Andrés Amador

CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Salvador Batista Mena
Primer Vocal: Dr. Narciso Díaz Bazán
Segundo Vocal: Dr. Jorge Alberto Escobar

J U R A D O D E T E S I S

Presidente: Dr. Alejandro Gamero Orellana

Primer Vocal: Dr. Enrique Muyshondt C.

Segundo Vocal: Dr. Luis Ochoa Gómez

A G R A D E C I M I E N T O

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que en una forma ú otra contribuyeron a la coronación de mi carrera, en forma especial al Dr. Joaquín Coto.

Infinitas gracias al Dios Todopoderoso.

D E D I C A T O R I A

Dedico esta obra con todo respeto y cariño a todos mis seres queridos, en forma especial a mis padres:

ABRAHAM LOPEZ h.

y

BLANCA DE LEON DE LOPEZ

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

INTRODUCCION

- I DESCRIPCION TOPOGRAFICA Y SOCIO-ECONOMICA
 DE SUCHITOTO

- II HISTORIA DE LA FUNDACION DEL CENTRO DE SA
 LUD DE LA CIUDAD DE SUCHITOTO

- III CONDICIONES ACTUALES Y RECURSOS CON QUE -
 CUENTA EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO

- IV PRESENTACION DE CASOS

- V RESUMEN

- VI CONCLUSIONES

- VII RECOMENDACIONES

- BIBLIOGRAFIA

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

En este trabajo se presenta una breve descripción de la ciudad de Suchitoto y en especial la historia de la fundación del Centro de Salud; luego se trata de presentar el estado y los recursos con que cuenta el centro de salud en la actualidad. A continuación se presentan los casos de cirugía, que se hicieron durante los años 1963-1967, ambos inclusive, los cuales se han dividido en 3 grupos: Cirugía Mayor, Cirugía Ginecológica y Obstétrica y Cirugía Menor. Analizando en cada grupo la morbilidad, mortalidad, anestesia usada, hospitalización, transfusiones sanguíneas, uso de antibióticos; en la cirugía menor se presentan, además de los datos anteriores, las intervenciones hechas por las enfermeras.

Es necesario hacer notar que el Centro de Salud de Suchitoto, como todos los demás que hay en el interior del país, funcionan como pequeños hospitales, con muy pocos recursos, tanto materiales como humanos y en los cuales trabajamos médicos en servicio social con muy poca experiencia quirúrgica que, unida a las incomodidades por falta de material, hace más difícil la tarea.

San Salvador, Mayo de 1969.

I - DESCRIPCION TOPOGRAFICA Y SOCIO-ECONOMICA DE SUCHITOTO.

Historia

Suchitoto, ciudad cuyo origen es desconocido, aunque por datos históricos se cree que sea su origen pipil.

Su nombre es derivado del Nahuatl que se traduce por "Flor - Pájaro", de Suchit, "flor" y de "toto". "pájaro" pero el por qué de este nombre, se desconoce.

Fué cabecera Departamental del Departamento de Cuscatlán y en marzo de 1836, le fué concedido el Título de Villa; 22 años más tarde, por decreto del 15 de Julio de 1858, le fué dado el título de Ciudad.

La época floreciente de Suchitoto, fué durante el período de 1820-1914, dado que en esta época tuvo gran demanda el añil y Suchitoto era el máximo productor de esta sustancia; fué entonces cuando acudieron a esta región muchas familias, comerciantes y agricultores, para establecer su domicilio en ella. Al decaer el negocio del añil, la economía desciende y los productores y comerciantes añileros, que no emigraron, se dedican a la ganadería, cultivo de cereales y a la siembra y elaboración de la caña de azúcar. Actualmente es un buen productor de Panela.

A unos 3 Kms. al sur de la ciudad de Suchitoto se encuentran los vestigios de una antigua ciudad en el valle llamado "La Bermuda", que según la historia, en la primera década

da del siglo XV, fué la capital de la República de El Salvador, la cual fué destruída por una tormenta eléctrica el año de 1539.

Geografía, suelo y clima

La ciudad de Suchitoto está situada en un valle, limitado hacia el sur por el Cerro de Guazapa, al norte por una pendiente que forma la cuenca del río Lempa, que dista a 4 kms. de la ciudad. La ciudad está a 388 m. sobre el nivel del mar, entre los $13^{\circ} - 58' - 18''$, latitud norte y los 99° longitud oeste del Meridiano de Greenwich. La temperatura media es de 25°C .

Vías de comunicación

Se comunica con la capital por tres vías principales: - una al poniente que se une a la carretera Troncal del Norte - a nivel de Aguilares y tiene una extensión de 18 kms. de calle nivelada y con gravá; otra carretera de las mismas características que la anterior, de una extensión de 25 kms. que une a Suchitoto con la villa de San José Guayabal y la carretera Panamericana; otra de reciente construcción que conduce de Suchitoto a San Martín con una extensión de 29 kms.

Se comunica con la ciudad de Chalatenango por medio de una carretera de polvo de una extensión de 19 kms. que no tiene puente sobre el Río Lempa y por lo cual se pasa por medio de una barcaza llamada "Guipante".

Es cabecera del distrito y pertenecen a su jurisdicción 32 cantones con una extensión de 282 kms.², una población de 27.472 habitantes de los cuales 4627 son urbanos y 22.844 son rurales.

Está limitado al norte por el río Lempa, al sur por Tenancingo y San José Guayabal, al oriente por Cinquera y al poniente por Guazapa, Aguilares y El Paisnal.

El terreno es muy quebrado y pedregoso, cruzado por varios ríos, pero debido a la topografía del terreno no pueden ser usados para riego.

Aspecto rural

En su mayoría las familias rurales son dueñas de pequeñas parcelas de terreno lo que hace que los terrenos cultivables del distrito de Suchitoto estén muy parcelados. Sin embargo, unas pocas haciendas ganaderas con extensiones mayores de una caballería de terreno lo dedican al cultivo de la caña de azúcar y a la ganadería en gran escala.

La Ciudad de Suchitoto

La ciudad de Suchitoto cuenta, como ya se dijo anteriormente, con una población urbana de 4627 habitantes. Es una ciudad limpia, con calles empedradas, parejas y muy anchas. Tiene dos calles principales, una que actualmente sirve como salida a la carretera que conduce a San Salvador, vía San Martín, al lado sur de la ciudad, y otra al lado norte, que es la que conduce a la carretera para Chalatenango.

La ciudad está dividida en cuatro barrios: al norte, el Calvario, al centro, el barrio El Centro y Santa Lucía y al sur, el barrio de La Cruz.

La Construcción

Son casas grandes de antigua construcción, algunas - de ellas en ruinas y deshabitadas debido a su deterioro, pero ésto da la impresión de que en su tiempo fueron grandes - residencias. Las construcciones nuevas son pocas y de pequeña magnitud.

Consta de tres iglesias: La Parroquia central llamada "Santa Lucía" en honor de la Patrona del Pueblo, la Iglesia de "El Pilar" y la Iglesia de "La Cruz".

Cuenta con buen servicio de agua potable, la cual es llevada a la ciudad desde dos fuentes principales situadas - al lado sur en las faldas del del Cerro de Guazapa, éstas son: las fuentes de "El Pital" y "El Roble" ambas fuentes producen un promedio de 8 litros de agua por segundo y llega por gravedad a colectarse en dos tanques situados en el costado sur de la ciudad; otra fuente situada en el lado sur de la ciudad a un kilómetro de distancia de ésta y que produce de 10 a 15 litros de agua por segundo, también es colectada en los tanques anteriormente descritos, para ser distribuida a toda la ciu - dad durante las 24 horas.

Cuenta con buen servicio de alcantarillado para aguas negras, recientemente construída por ANDA.

Aspecto Socio-Cultural

Clase Alta Local: Constituye un núcleo bastante numeroso y está formado por hacendados, ganaderos y agricultores en gran escala y además, por comerciantes y profesionales.

Clase Media: Es más numerosa que la anterior y se dedica al comercio a la agricultura y a la ganadería en pequeño, siendo la mayoría de ellos, propietarios de pequeñas parcelas de terreno.

Clase Baja: Es muy numerosa y está constituida por pequeños comerciantes y jornaleros.

Cultura

Desde su fundación, Suchitoto se ha caracterizado por su alta cultura y ha sido cuna de muchos ilustres políticos y letrados.

Religión

La población en su mayoría es católica, perteneciendo a la Religión Católica, Apostólica y Romana, más o menos el 90 por ciento del total.

Enseñanza

Suchitoto cuenta con un buen número de centros de enseñanza, desde kindergarten hasta bachillerato.

Para la enseñanza urbana, cuenta con un colegio católico "Beata Imelda" para señoritas, administrado y dirigido por monjas y que tiene desde kindergarten hasta Plan Básico y Secretariado Comercial, un Instituto Nacional que tiene desde primer curso hasta Bachillerato, una Escuela Normal Rural, en

vías de desaparición, dos grupos escolares mixtos, una escuela para enseñanza primaria de niñas y tres escuelas mixtas de enseñanza primaria y 27 escuelas rurales todas mixtas.

Aspecto legal

Cuenta con un Juzgado de 1a. Instancia y dos Juzgados de lo Civil. Hay un Centro Penal en el que permanecen un promedio de 25 reclusos.

Suchitoto es un lugar turístico, famoso por sus baños en el río Lempa, el que dista a 4 kms. de la ciudad y al que se llega por buena carretera.

Economía

La economía de Suchitoto depende de la agricultura dado al hecho favorable de que cuenta con tierras laborables, aunque quebradas, pero muy fértiles y además porque los agricultores de esta zona saben emplear los abonos, tanto orgánicos como químicos. Se siembra maiz, arroz, frijoles, maicillo y la caña de azúcar en gran escala. Es, como ya se dijo anteriormente, un gran productor de panela. La ganadería está muy bien desarrollada y cuenta con excelentes hatos de ganado vacuno.

Hay en Suchitoto dos tiangués para la compra y venta de ganado. Se comercian semanalmente alrededor de 250 a 300 reses.

En el centro de la ciudad hay casas comerciales y almacenes de regular magnitud.

II - HISTORIA DE LA FUNDACION DEL CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE SUCHITOTO

En el año de 1870 un grupo de señoras de la sociedad de Suchitoto, formaron una Sociedad que denominaron "Sociedad de - Señoras" con la finalidad de recaudar fondos y construir una casa para ancianos, en la cual se albergarían a los ancianos de - samparados del pueblo; en 1872, esta sociedad compró un terreno de 5 manzanas de extensión en el costado sur oeste de la ciudad y en el que se construyó una casa con paredes de adobe y teja;- ésta fué llamada "Casa San Vicente de Paúl", en la cual se daba albergue y protección a los ancianos. Corriendo los gastos por-cuenta de la antes mencionada "Sociedad de Señoras".

En el año de 1915, el Dr. José María Peña Martell, visi- taba regularmente la "Casa San Vicente de Paúl" y así se fundó una Consulta Externa. Poco tiempo después, desapareció la "So- ciedad de Señoras" y la casa fué convertida en lo que ahora es el Centro de Salud de Suchitoto. En 1920, el Dr. Francisco Peña Fernández sucedió al Dr. Peña Martell en sus labores en el Cen- tro de Salud, el cual contaba en ese entonces con 5 camas para- mujeres y 5 camas para hombres. En 1925, se hacen en Súchitoto las primeras intervenciones de Cirugía Menor, como drenajes de abscesos, extracción de cuerpos extraños y reducciones de frac- turas.

En 1935, la familia Peña Fernández donó la cantidad de Q25.000.00 para las mejoras del Centro de Salud, con este dine-

ro se construyó en 1936, la Sala de Operaciones y se compró el Arsenal Quirúrgico; con el resto se pavimentaron las piezas de la casa. A partir de este tiempo, se llevaron a cabo intervenciones quirúrgicas como: curas de hernias, laparotomías exploradoras, cesáreas y otras, limitadas por la técnica de la anestesia ya que solamente se contaba con un aparato de Hombredam, mascarillas de éter abierto y cloroformo.

En 1950, con un donativo hecho por los azucareros y ganaderos de la zona se repató todo el edificio, se entablicó y construyó una nueva sección destinada para morgue y los servicios sanitarios para los Servicios de Hombres y Mujeres, ampliando además éstos; el de mujeres a 10 camas y de hombres a 12 camas. En este tiempo se daban de 12 a 15 consultas diarias.

En 1952, con las ampliaciones antes mencionadas se fundan los Servicios de Maternidad con 5 camas y el de Pediatría con 10 camas, ya contando con mejores dotaciones el Centro y con mejor equipo, se siguen haciendo intervenciones quirúrgicas en mayor cantidad.

Desde el año 1931 a 1964, época en que fungió como Director el Dr. Miguel Angel Quiñónez, se realizaron más de 100 cesáreas, 97 reparaciones de Hernia, 47 Laparotomías, 1 Nefrectomía, 3 Explenectomías, 5 Cistostomías, 1 sutura de úlcera tífica perforada, 9 salpingectomías por "embarazo ectópico" y 1 histerectomía por ruptura uterina, no conociéndose los resultados de éstas.

En el año de 1960, fué donado al Centro de Salud de Suchitoto, los muebles y una buena cantidad de material y equipo -

quirúrgico, que pertenecían a la clínica particular del Dr. Alfonso Quiñónez, con lo cual se reforzó el arsenal de Sala de Operaciones.

En 1965, a un costo de ¢30.000.00 mil colones, se llevó a cabo la última remodelación y se cambió todo el techo del edificio. Estas mejoras han continuado con aporte del patronato actual.

III - CONDICIONES ACTUALES Y RECURSOS CON QUE
CUENTA EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO.

Hospitalización: En el Centro de Salud de Suchitoto, se cuenta actualmente con 4 Servicios para Hospitalización, distribuidos en la forma siguiente:

Servicio de hombres con 12 camas

Servicio de mujeres con 12 camas

Servicio de Maternidad con 9 camas

Servicio de Pediatría con 10 camas

Como puede verse, los Servicios son comunes, y no hay separación entre Servicios de Medicina y Cirugía por lo que todos los pacientes quirúrgicos son ingresados y tratados en los Servicios comunes de hombres y mujeres, con excepción de la Cirugía Obstétrica y Ginecológica que son tratados en el Servicio de Maternidad. La Cirugía Pediátrica es muy escasa y cuando hay algún paciente quirúrgico se ingresa al Servicio común de Pediatría.

Consulta:

Actualmente tiene tres consultorios y se da un promedio de 50 a 60 consultas diariamente, incluyendo la parte de Medicina Preventiva, como control Prenatal y Control Infantil.

Se hacen inmunizaciones, vacunación en gran escala y se dan charlas sobre Higiene, casi a diario, aprovechando a los consultantes que en su mayoría son rurales.

Equipo:

Laboratorio: Hay un laboratorio clínico, medianamente equipado y en el cual se pueden hacer exámenes de orina, exámenes de heces, hemogramas y exámenes microscópicos directos ya que sólo cuenta con un microscopio, una centrífuga, regular cantidad de cristalería más los reactivos y colorantes indispensables. No cuenta con aparatos de rayos X, a pesar de que en muchas ocasiones se han hecho gestiones para la adquisición de un aparato de este tipo.

Sala de Operaciones: Está situada en el costado poniente del edificio e instalada en un cuarto de 4 x 4 ms. sin ninguna protección para la entrada de polvo e insectos, ya que comunica libremente al patio del edificio por medio de una ventana.

No cuenta con lavabos especiales para sala de operaciones, ni con estantería adecuada; no cuenta con aparato de anestesia, por lo que las intervenciones quirúrgicas se llevan a cabo con raquianalgia, éter abierto, anestesia local y pentotal. Hay una mesa de operaciones de modelo antiguo y completamente inservible, una lámpara de techo también de modelo muy anticuado y en malas condiciones.

El instrumental quirúrgico es incompleto para el medio en que se usa y ya bastante deteriorado. Hay un cilindro de O² y un Resusinet en buen estado.

Existe una sala pequeña, anexa a Sala de Operaciones, que consta de una mesa metálica, lámpara de pie y poca cantidad de instrumental quirúrgico, ésta es usada como Sala de Cirugía

Menor y en la cual se hacen intervenciones quirúrgicas como: drenaje de abscesos superficiales, extracción de cuerpos extraños, extirpación de quistes cutáneos, reducciones de fracturas no complicadas, etc.

Hay un autoclave en buen estado y en el que se esteriliza el material quirúrgico y la ropa que se usa en sala de operaciones.

El equipo de inyectar y el material que se usa en la sala de cirugía menor, se esteriliza en una pequeña estufa que está instalada en esta sala.

Hay una clínica de Odontología, modernamente equipada.

Personal:

El Centro de Salud de Suchitoto, cuenta con tres plazas de médicos, 1 médico Director a tiempo parcial, con 5 horas diarias de las cuales dedica 2 horas de consulta externa, 1 hora para hospitalización, 1 hora para Administración y Dirección y 1 hora a problemas de sanidad; dos estudiantes en Servicio Social a tiempo completo, que atienden consulta externa y hospitalización.

Los servicios de hospitalización están atendidos por los tres médicos teniendo cada médico un servicio a su cargo, los cuales se turnan mensualmente previa reunión del personal médico y de enfermería.

Además un odontólogo con 2 horas diarias contratadas, una enfermera supervisora local, quien tiene a su cargo la supervisión de enfermeras y auxiliares de enfermería que laboran en el

Centro. Tres enfermeras graduadas y dos alumnas de enfermería en Servicio Social, que rotan en los tres turnos diarios de hospital, consulta externa y servicios o programas preventivos. Diez auxiliares de enfermería, incluyendo una vacunadora rural. Un Inspector Sanitario vigila el saneamiento de la ciudad y controla el matadero público. También un técnico de laboratorio, una empleada de farmacia y una Secretaria que tiene a su cargo la elaboración de los informes mensuales y el control legal del personal, una encargada de archivo y por último un administrador que atiende el control de las bodegas de víveres y de medicina y el manejo del personal de cocina, limpieza y lavandería. Existe otro personal de servicios varios.

IV - PRESENTACION DE CASOS

En este capítulo se presentan la mayoría de los casos - de cirugía que se realizaron en el Centro de Salud y que fueron anotados tanto en la ficha médica como en los Libros de Registro de Operaciones, entre los años de 1963 a 1967 inclusive. Sumando en su totalidad 2745 casos que para efectos de presentación se dividirán en:

Cirugía Mayor	101 casos
Cirugía Ginecológica y Obstétrica	361 "
Cirugía Menor	2283 "

C I R U G I A M A Y O R

Solamente se han podido analizar completamente los cuatro últimos años que abarca el estudio, debido a que de los años anteriores, no se encuentran los archivos ni hubo un control completo de ellos.

La Cirugía Mayor ha sido muy poco practicada en el Centro de Salud de Suchitoto, debido a muchas circunstancias, contándose entre ellas, la falta de personal. Además, por carecer de Sala de Operaciones que ofrezca medidas asépticas aceptables ya que no está protegida del polvo ni cuenta con los requisitos mínimos para un quirófano. Hasta hace dos años, ésta se comunicaba directamente con el dormitorio de médicos. Por otra parte, no hay aparato moderno para administrar anestesia ni medios ade

cuados para la administración de oxígeno en casos de emergencia.

La mesa de operaciones es de modelo muy antiguo, encontrándose ya en malas condiciones de funcionamiento; el instrumental quirúrgico es escaso y se encuentra bastante deteriorado por el uso; no hay facilidades para llevar a cabo las transfusiones sanguíneas con relativa seguridad para el enfermo; además, no se cuenta con el equipo necesario para establecer un diagnóstico preciso; como gabinete de Rayos X, Laboratorio Clínico adecuado, etc. Sin embargo, a pesar de todos estos obstáculos, este tipo de cirugía ha sido incrementado notablemente como podrá verse más adelante.

Se presentan 101 casos de Cirugía Mayor, como lo muestra el Cuadro No.1.

C U A D R O No.1

DISTRIBUCION DE LOS 101 CASOS DE CIRUGIA MAYOR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN AÑOS 1963-1967

CASOS	1963	1964	1965	1966	1967	Total
Hernias	3	4	6	12	18	43
Laparotomías exploradoras	2	1	3	5	11	22
Apendicectomías	1	3	4	5	6	19
Circuncisiones	0	1	2	1	2	6
Amputación de miembro inferior	1	0	0	1	0	2
Drenaje de absceso hepático	0	0	0	2	0	2
Tallas vesicales suprapúbica	1	0	0	1	1	3
Cistostomía por extirpación de cálculos vesicales	0	1	1	0	1	3
Extirpación tumor de mama	0	0	0	0	1	1
TOTALES	8	10	16	27	40	101

CURA DE HERNIA

Como puede verse en el Cuadro No.1, éstas fueron las intervenciones de Cirugía Mayor más frecuentes, registrándose 43 casos en los cinco años de estudio y considerando su frecuencia, se presentaron en la forma siguiente:

C U A D R O No.2

DISTRIBUCION DE 43 CASOS DE HERNIA SEGUN SEXO 1963 - 1967

HERNIAS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Inguinales	21	7	28
Inguino-escrotales	4	0	4
Umbilicales	5	2	7
Epigástricas	2	0	2
Inseccionales	0	2	2
TOTALES	32	11	43

Las edades de los pacientes osciló entre 9 y 58 años. Este tipo de intervención es la que en mayor grado se hizo en una forma electiva.

Hospitalización: Los 43 pacientes fueron hospitalizados. Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 5 y 18 días con un promedio de estancia de 9 días.

Sexo: Se presentaron 32 pacientes del sexo masculino y 11 del sexo femenino.

Antibióticos: Se usó antibióticos en 31 pacientes. En 28 se administraron antibióticos por vía parenteral (penicilina sola o combinada con estreptomina) y en 3 se usó antibióticos por vía oral.

Anestésicos: Se practicó anestesia raquídea en 39 pacientes y anestesia general con éter abierto en 4 pacientes.

Morbilidad y Mortalidad: Las complicaciones post-operatorias que se registran fueron:

2 infecciones de la herida operatoria

4 pacientes presentaron fiebre mayor de 38°C que duró más de 48 horas.

1 caso que presentó adema del escroto el segundo día del post operatorio

No se reportaron anomalías de otro tipo, ni muertes.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

En este grupo se encuentran 22 intervenciones de Cirugía Mayor. 16 de los pacientes fueron intervenidos por presentar heridas penetrantes en el abdomen, de las cuales 7 fueron producidas con arma de fuego (proyectiles) y 9 con arma blanca.

En todos ellos, al ser intervenidos, se encontraron más de 2 perforaciones intestinales. En uno de los pacientes hubo perforación del colon por lo que se practicó una colostomía derecha.

Dos pacientes presentaban herida del bazo, por lo cual hubo que practicar esplenectomía en uno, y en el otro, sólo se hizo hemostasis con puntos de sutura y hel-foam. En ambos se trataba de herida con arma de fuego, (bala). Dos pacientes que habían sufrido traumatismo abdominal y que presentaban abdomen agudo después del traumatismo, fueron intervenidos.

En uno de ellos se encontró ruptura del ilion y ruptura del hígado, encontrándose además, abundante cantidad de sangre

en la cavidad peritoneal; Fué suturada la herida intestinal y se trató de hacer hemostasia en el hígado, lo cual resultó difícil debido a la friabilidad de este órgano. El paciente falleció cuatro horas después por shock hemorrágico.

Todos los casos anteriormente descritos se presentaron el mismo día del traumatismo con excepción de uno que se presentó 24 horas después de haber sufrido herida penetrante del abdomen.

Cuatro pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar cuadros de abdomen agudo de causa no determinada.

En uno de ellos se encontró invaginación intestinal con necrosis completa de la parte distal del ilion y válvula iliocecal. A este paciente se le practicó una iliostomía. El paciente falleció 4 días después con cuadro de peritonitis generalizada.

Hubo dos casos, en este grupo, de vólvulus intestinal - que fueron intervenidos de urgencia después de doce horas de iniciada la sintomatología. El último, fué un caso de oclusión intestinal de causa desconocida, que al ser laparotomizada se encontró un ovillo de áscaris, el cual se dispersó por manobras extraluminares y el paciente evolucionó satisfactoriamente. Ocho días después, se le administró un vermífugo, habiendo expulsado en esta ocasión gran cantidad de áscaris. Fué dado de alta como curado, a los diez días después de su ingreso.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 8 y 20,

con un promedio de estancia de 10 días.

Antibióticos:

Se usó antibióticos en los 22 pacientes

En todos se emplearon antibióticos inyectables (penicilina más estreptomicina).

Anestesia:

En doce pacientes se hizo anestesia raquídea, en ocho se empleó anestesia general con éter abierto y otros dos que fueron intervenidos con anestesia local.

Sexo:

Se registraron 15 casos del sexo masculino y 7 del sexo femenino.

Morbilidad:

Dos pacientes presentaron infección de herida operatoria; ocho presentaron fiebre mayor de 38°C que duró más de 48 horas.

Un paciente presentó distensión abdominal los primeros 3 días del post-operatorio, habiendo mejorado al cuarto día.

A dos pacientes se les hizo transfusión de sangre completa, en el pre operatorio y a dos, en el post-operatorio.

Mortalidad:

En los 22 casos descritos hubo dos muertes que han sido descritas anteriormente.

El esquema de tratamientos que se siguió en el post-operatorio de la mayoría de los pacientes fué el siguiente:

1o. Sonda nasogástrica y succión del contenido gástrico

con "jeringa" cada 30 minutos (ya que no se contaba con un aparato de succión continua).

2o. Nada por boca (Ningún medicamento por vía oral)

3o. "Demerol" o cualquier otro medicamento suscedáneo una ampolla intramuscular cada ocho horas durante las primeras 48 horas.

4o. Dextrosa al 5% en agua destilada. Un litro cada 8 horas o cada 6, según el caso, por venoclisis.

5o. Penicilina Procaínica 800.000 U.I. cada 12 horas

6o. Estreptomicina, medio gramo I.M. cada 12 horas.

En el uso de antibióticos hubo algunas variaciones como por ejemplo: penicilina sódica, endovenosa u otros antibióticos como Reverín, Binotal, etc.

7o. Control de los signos vitales cada 15 minutos en las primeras 3 horas del post-operatorio, cada 30 minutos en las siguientes 3 horas y, cada hora, en las 6 horas siguientes.

Al tercer día del post-operatorio, si se presentaban ruidos intestinales y expulsión de gases se indicaba agua por sorbo pero sin retirar la sonda nasogástrica; al 5o. día también si no había resistencia abdominal, si había buen peristaltismo y expulsión normal de gases. Ahora bien, aunque no hubiera defecado, se retira la sonda nasogástrica y se daba líquidos, observando al paciente cada 2 horas durante este período. Al comenzar a defecar, se introducía dieta blanda y, en caso de no evacuar a pesar -

de su aparente mejoría, se le daban por vía oral 30 cc de aceite mineral.

APENDICECTOMIAS

Esta intervención, por orden de frecuencia, ocupó el tercer lugar en las intervenciones de Cirugía Mayor, habiéndose registrado 19 casos en total.

Sexo: Masculinos: 12 y Femeninos: 7

Cuatro de los pacientes se presentaron al Servicio en el tercer día de iniciado el cuadro, de los cuales dos presentaban ya, plastrón apendicular, por lo que fueron tratados con régimen peritoneal y antibióticos desde el día de su ingreso.

Uno de ellos fué intervenido quirúrgicamente ocho días después, habiéndose encontrado una colección purulenta y además múltiples adherencias peritoneales, lo cual dificultó la extirpación del apéndice y solamente se dejaron drenos; el paciente evolucionó satisfactoriamente y seis meses después fué nuevamente intervenido para extirparle el apéndice, intervención que se hizo sin ninguna dificultad.

El otro caso fué intervenido quirúrgicamente al día siguiente de su ingreso, habiéndose encontrado, en la cavidad peritoneal, gran número de adherencias peritoneales y abundante pus de color negro y sumamente fétido.

Con mucha dificultad se extirpó el apéndice, el cual estaba adherido y perforado, presentando color negro en el tercio distal. Después de extirpado se dejó un dreno blando y se cerró

la cavidad abdominal.

El paciente falleció una hora después de la operación.

Los otros dos casos fueron intervenidos el mismo día - de su ingreso y en los que fué extirpado el apéndice sin ninguna dificultad.

Los 15 casos restantes se presentaron al Servicio antes de las 48 horas después de iniciada la sintomatología, habiendo sido intervenidos quirúrgicamente entre las primeras 24 horas después de su ingreso.

La edad de los pacientes osciló entre 12 y 48 años.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 2 y 12 días con un promedio de estancia de 7 días.

Antibióticos:

Se usó antibióticos inyectables (penicilina y estreptomina), en 17 pacientes. No se usó antibióticos orales.

Anestesia:

En doce pacientes se puso anestesia raquídea con pontocaína con dosis que oscilaron entre 8 y 15 miligramos. En seis pacientes se usó anestesia general por inhalación con éter a - bierto y otros fueron intervenidos con anestesia local.

Morbilidad y Mortalidad:

Dos pacientes presentaron infección de la herida operatoria. Tres pacientes presentaron fiebre mayor de 38°C por más de 48 horas. Un paciente presentó, al 80. día del post-operatorio, una fístula estercorácea que sanó en 15 semanas.

Mortalidad:

De los 19 pacientes intervenidos, por apendicectomía, falleció uno en el post-operatorio inmediato.

. AMPUTACIONES

Se presentaron dos pacientes a los que hubo que amputar un miembro. En ambos casos fué a nivel de las piernas.

El primer caso se refiere al de una anciana que presentaba gangrena en el pie derecho por lo cual se amputó el miembro inferior derecho a nivel del tercio proximal de la pierna.

En el otro caso, se trata de un hombre de 37 años que sufrió machacamiento de la pierna derecha con múltiples fracturas de tibia y peroné, además, se desgarró los tejidos blandos. Por lo que se amputó la pierna a nivel del tercio proximal de la pierna.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 9 y 11 días con un promedio de 10 días.

Antibióticos:

En los dos pacientes se administró antibióticos inyectables (penicilina y estreptomina).

Anestesia:

En los dos casos se practica anestesia raquídea.

Transfusiones:

Se administra transfusión de sangre completa en ambos pacientes.

CIRCUNCISIONES

Se registraron seis circuncisiones en los cinco años y todas ellas fueron hechas en pacientes mayores de 8 años. En todos los casos, la intervención se debió a que en más de alguna ocasión habían presentado complicaciones en el prepucio, como infecciones a repetición, dificultad para la micción, etc.

Edad:

La edad de los pacientes osciló entre 8 y 41 años.

Hospitalización:

Todos los pacientes fueron hospitalizados. La hospitalización osciló entre cuatro y siete días con un promedio de estancia de 7 días.

Antibióticos:

Se usó antibióticos inyectables (penicilina) en cuatro pacientes. Se usó antibióticos orales en dos pacientes.

Anestesia:

Se administró anestesia raquídea en cuatro pacientes y anestesia local en dos pacientes.

Morbilidad:

No hay reporte de ninguna complicación en los 6 pacientes.

DRENAJE DE ABSCESO HEPATICO

Se presentan dos casos de drenaje de absceso hepático.

En ambos casos se obtuvo gran cantidad de pus, en uno de ellos el pus fué descrito como fluído de color verdoso.

En el otro caso, el pus es descrito como de color achocolatado y sumamente fétido.

Sexo:

Ambos casos fueron del sexo masculino

Antibióticos:

Se inyectó antibióticos en ambos casos (penicilina y estreptomina).

En el segundo caso, además del uso de antibióticos inyectables, se administró Emetina y Aralén en vista de la sospecha de que la Patología pudiera ser de origen amibiano.

Hospitalización:

Los dos pacientes fueron hospitalizados. Los días de hospitalización oscilaron entre 8 y 14 días, con un promedio de estancia de 11 días.

Anestesia:

Las dos pacientes fueron intervenidas con anestesia general (éter abierto).

Morbilidad:

Los dos pacientes fueron febriles los primeros tres días del post-operatorio. No se reporta ninguna anormalidad.

TALLAS VESICALES SUPRAPUBICAS

Se reportan tres tallas vesicales suprapúbicas que se hicieron debido a la imposibilidad que presentaba el paciente para la micción.

En dos pacientes se trataba de Hipertrofia prostática, y en un tercer caso, la estenosis uretral se debía a traumatismo

antiguo en la región púlica, por lo cual se le había insertado, en aquel tiempo, una sonda vesical por más de 15 días.

En los tres casos anteriores, se dejó sonda vesical suprapúbica en permanencia y se trasladaron a otros hospitales para su tratamiento curativo.

Los tres pacientes fueron del sexo masculino.

Anestesia:

SE administró anestesia raquídea en los tres pacientes.

Antibióticos:

Se dió antibióticos parenterales en un paciente y orales en un paciente. (Cloranfenicol más sulfadiazina) De un paciente no hay reporte sobre uso de antibióticos.

Hospitalización:

Los tres pacientes fueron hospitalizados, oscilando los días de hospitalización entre 4 y 8, con un promedio de estancia de 6 días.

Morbilidad:

Ninguno de los tres casos presentó complicaciones durante el tiempo que estuvo ingresado en este Centro.

CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA

Se presentan tres casos, dos del sexo masculino y uno del sexo femenino. Los tres pacientes fueron intervenidos, por presentar cálculos vesicales imposibles de ser expulsados por vía uretral y porque además presentaban una sintomatología urinaria.

Antibióticos:

Solamente en un paciente se recurrió a los antibióticos por vía parenteral. En los dos restantes no se encuentran reportes o datos.

Anestesia:

Los tres casos fueron intervenidos con anestesia raquídea.

Morbilidad:

No se reportó ninguna anormalidad en el post-operatorio.

Hospitalización:

Los días de hospitalización oscilaron entre 4 y 8 días con un promedio de estancia de 6 días.

EXTIRPACION TUMOR DE LA MAMA

Solamente se presenta un caso y éste fué extirpado en una paciente de 32 años de edad que presentaba una tumoración palpable en el cuadrante axilar superior de la mama izquierda.

Dicha tumoración, fué enviada al Laboratorio de Anatomía Patológica y fué reportado como "Fibroadenoma de la mama"

Anestesia:

La paciente fué anestesiada con éter abierto.

Hospitalización:

Fué hospitalizada 4 días, durante los cuales no se usó antibióticos ni presentó complicaciones.

CIRUGIA MAYOR HECHA POR EL AUTOR

De los 101 intervenciones de cirugía mayor que aquí se describen, 25 fueron realizadas por el autor, como lo muestra el cuadro No.3.

C U A D R O No.3

PRESENTACION DE LOS CASOS DE CIRUGIA MAYOR HECHA
POR EL AUTOR
Enero - Diciembre 1967

CASOS	NUMERO
Cura de hernia	10
Laparotomía exploratoria	8
Apendicectomías	4
Circuncisiones	2
Talla vesical suprapúbica	1
SUMA	25

Morbilidad:

Tres pacientes presentaron fiebre en el post-operatorio sin otra complicación. Dos presentaron infección de la herida operatoria.

Mortalidad:

Un paciente a quien se practicó apendicectomía, falleció en el post-operatorio inmediato.

C U A D R O No.4
 CARACTERISTICAS DE LOS 101 CASOS DE CIRUGIA MAYOR QUE COMPRENDE EL ESTUDIO 1963 - 1967

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.	No.de casos	Hospitalizados	Promedio estancia hospital	Sexo		Trans fusiones.	Antibióticos		Anestesia usada			Complicac.			Mortalidad		
				Femen.	Masc.		Oral	Parent.	Raquí. dec.	General Pent. éter	Local	fiebre p. oper.	Inf.	Sh.		Ot.	
Cura de hernia	43	43	9	11	32	0	3	28	39	0	4	0	4	2	0	1	0
Laparotomía exploradora	22	22	10	15	7	4	0	22	12	0	8	2	8	2	1	1	2
Apendicectomía.	19	19	7	12	7	0	0	17	12	0	6	1	3	2	1	1	1
Circuncisiones.	6	6	7	6	-	0	2	4	4	0	0	2	0	0	0	0	0
Ampütac. de piernas.	2	2	10	1	1	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Drenaje de abs.hepat.	2	2	11	2	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0
Talla vesical suprapúbica	3	3	6	3	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Cistostomía suprapúbica x litotom.	3	3	6	2	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Extirp.tumor de mama	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTALES	101	101		73	28	6	6	77	75	0	21	5	17	6	2	3	0

CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA

En este capítulo se incluyen todas las intervenciones quirúrgicas relacionadas con los órganos genitales femeninos y practicadas por médico en los cinco años que comprende el estudio.

Se incluyen 361 casos como lo demuestra el cuadro No.5

C U A D R O No.5

DISTRIBUCION DE 361 INTERVENCIONES DE CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO, SEGUN LOS AÑOS INDICADOS 1963-1967

	1963	1964	1965	1966	1967	TOTAL
Raspado uterino	16	28	49	49	55	197
Esterilización	5	6	5	7	8	31
Cesáreas	5	6	3	8	7	29
Extirpación de embarazo ectóico	0	2	1	1	2	6
Aplicación de forceps	2	3	3	2	3	13
Sutura de úlceras vaginales	1	0	1	1	1	4
Sutura de desgarro por parto	2	1	4	0	2	9
Resutura de episiotomía	0	1	1	1	1	4
Extracción manual de placenta	1	2	3	0	2	8
Embriotomía	0	0	1	0	2	3
Cesárea histerectomía	0	0	0	1	0	1
Histerectomía abdominal	0	1	1	1	1	4
Punción del fondo de saco posterior	1	2	1	0	2	8
Drenaje de Bartolinitis	3	2	0	1	2	8
Extirpación de pólipo cervical	0	0	0	1	0	1
Cura de cistocele	2	2	2	1	2	9
Histerectomía vaginal	1	0	0	1	0	2
Biopsias de cérvix y endometrio	3	2	6	3	6	20
Extirpación quiste ovárico	1	0	0	1	1	3
Cura de cistocele y rectocele	1	0	1	0	2	4
TOTALES	44	58	82	79	98	361

RASPADOS UTERINOS

Como puede verse en el cuadro anterior, la cirugía obstétrica que se practicó con mayor frecuencia fué la del raspado uterino, habiéndose registrado 197 casos, que de acuerdo al reporte médico, los diagnósticos post-operatorios quedaron en la forma siguiente:

Abortos incompletos	173
Metrorragias funcionales	16
Retención de restos placentarios post-partum	<u>8</u>
Total	<u>197</u>

A 18 de las pacientes se les administró transfusión de sangre completa en el pre-operatorio y a 5 se les administró transfusión en el post-operatorio para compensar en parte la anemia post-hemorrágica.

Anestesia:

En 178 pacientes se usó anestesia general con Pentotal Sódico. En 13 pacientes se administró anestesia general con Trilene y en 6 pacientes no hay reporte anestésico. Total 197 casos.

Antibióticos:

Se administró antibióticos inyectables (penicilina y estreptomina) y en 84 pacientes no existe ningún reporte de haberse empleado antibióticos orales en estos pacientes.

Hospitalización:

Todos los pacientes fueron hospitalizados. Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 1 y 16 días, con un pro-

medio de estancia de 4 días.

A continuación se analiza la edad y el número de las pacientes que se presentaron con aborto incompleto, la edad osciló entre 15 y 52 años, según la distribución siguiente:

C U A D R O No.6

DISTRIBUCION DE PACIENTES ATENDIDOS POR ABORTO INCOMPLETO EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN EDAD 1963-1967

EDAD EN AÑOS	NUMERO DE PACIENTES
15 - 19	21
20 - 24	54
25 - 29	48
30 - 34	31
35 - 39	16
40 - 45	2
50 y más	1
TOTAL	173

El número de hijos fué de 0 a 8 hijos vivos, según la distribución siguiente:

C U A D R O No.7

DISTRIBUCION DE MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN EL NUMERO DE HIJOS VIVOS

1 9 6 3 - 1 9 6 7

NUMERO DE HIJOS	NUMERO DE MADRES
0	19
1	23
2	71
3	42
4	5
5	9
6 y más	4
TOTAL	173

Morbilidad:

De los 197 casos estudiados, 146 evolucionaron satisfactoriamente y fueron dados de alta entre el segundo y el tercer día de post-operatorio.

4 pacientes presentaron shock hemorrágico por sangramiento vaginal, 9 presentaron fiebre mayor de 38°C por más de 48 horas, sin otra complicación en el post-operatorio.

Hubo dos casos de perforación uterina: en uno de ellos se perforó el útero en el momento de ser raspado. Esta paciente fué tratada con antibióticos y régimen peritoneal durante las primeras 48 horas, habiendo evolucionado satisfactoriamente.

En el otro caso ya se encontró el útero perforado por probable maniobra criminal para provocar el aborto. En esta paciente, se hizo histerectomía abdominal, habiéndose encontrado en el momento operatorio, la perforación sangrante, de dos centímetros de longitud y con placas de peritonitis en la vecindad. (Esta será nuevamente vista al tratar de "Histerectomías abdominales")

Cuatro pacientes presentaron el cuadro de pelvi-peritonitis en el post-operatorio. Todas fueron tratadas con antibióticos y régimen peritoneal.

3 evolucionaron satisfactoriamente en las primeras 72 horas y sólo una presentó cinco días después de iniciado el proceso, cuadro de abdomen agudo, distensión abdominal y fiebre mayor de 40°C. La paciente falleció al 6o. día de haberse iniciado el cuadro.

Una paciente a la cual se le había practicado raspado uterino por aborto incompleto infectado, presentó, inmediatamente después del raspado, frío intenso, seguido de fiebre de más de 39°C, al segundo día se presentaba cuadro hemorrágico con múltiples equimosis, shock, ictericia leve y agrandamiento hepático.

Los exámenes de laboratorio mostraban: tres gotas gruesas que fueron negativas; antígenos febriles, negativos; se tomaron dos leucogramas que fueron reportados en la forma siguiente: 24.000 glóbulos blancos con 85 neutrófilos.

Con el diagnóstico presuntivo de septicemia, esta pa -

ciente fué tratada con binotal, 500 Mlg.E.V. cada 6 horas. Alimentación por venoclisis y cuidados especiales. Se administró transfusión de sangre completa, 500 Mlgs.

A las primeras 24 horas de iniciado el tratamiento, la paciente presentaba notable mejoría, la cual fué progresiva - hasta su completa curación.

Cuatro pacientes continuaron con sangramiento genital-post-legrado por lo que se practicó nuevo raspado después de haber comprobado que el sangramiento era intrauterino.

De los 196 casos que se presentaron al Servicio, 26 - pacientes presentaban ya infección intrauterina franca que se caracterizaba por fiebre, dolor a la palpación y fetidez de - la secreción uterina, por lo que se usó antibióticos en el - pre-operatorio.

Tres pacientes se presentaron al Servicio con cuadro - de pelvi-peritonitis, estas pacientes fueron tratadas con anti-bióticos y régimen peritoneal. Una de estas pacient es fué raspada durante el cuadro agudo y en las dos restantes, el ras-pado se practicó hasta que hubo evidente mejoría; los tres ca-sos evolucionaron satisfactoriamente.

ESTERILIZACIONES

La esterilización es una intervención quirúrgica que se hace con relativa frecuencia en el Centro de Salud de Suchito-to, habiéndose registrado 31 casos en los cinco años de estudio.

La causa principal fué la multiparidad y todas se hicie-ron en las primeras 48 horas del puerperio.

CUADRO No.8

DISTRIBUCION DE ESTERILIZACIONES PRACTICADAS SEGUN CAUSA
1963 - 1967

CAUSAS	NUMERO DE PACIENTES
Multiparidad	24
Tercer cesárea	4
Cuarta cesárea	1
Otras causas	2
TOTAL	31

Edad: La edad más frecuente en que se practicó la esterilización fué entre los 30 y los 34 años, como puede verse en el cuadro No.9.

CUADRO No.9

DISTRIBUCION DE PACIENTES ESTERILIZADAS SEGUN EDAD EN AÑOS
1963 - 1967

AÑOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES
20 - 24	4
25 - 29	3
30 - 34	16
35 - 40	8
TOTAL	31

En las pacientes en quienes se practicó la esterilización en una edad menor de 30 años se incluyen:

4 señoras que habían llegado ya a su tercera cesárea - y una a la cual se le practicaba la cuarta cesárea. Dos que se esterilizaron debido a que padecían enfermedades incompatibles con el embarazo. Aquí se incluye una paciente tuberculosa crónica y otra con retraso mental congénito.

La paridad de las pacientes que se esterilizaron varió de dos a ocho partos, como puede verse en el cuadro No.10

C U A D R O No.10

DISTRIBUCION DE LAS ESTERILIZACIONES PRACTICADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN EL NUMERO DE PARTOS 1963-1967

NUMERO DE PARTOS	NUMERO DE PACIENTES
0	0
1	0
2	1
3	6
4	1
5	1
6	19
7	3
8 ó más	0
TOTAL	31

Como puede verse en el cuadro anterior, el número de partos más frecuente en que se practicó esterilización fué al 6o. parto.

La técnica quirúrgica más empleada en 29 pacientes fué la de POMEROY MODIFICADA y solamente en dos se siguió la técnica de IRVINS.

Anestesia:

- 26 pacientes fueron intervenidas con anestesia raquídea
- 3 en las que se usó anestesia general con éter abierto y
- 2 que se hicieron con anestesia local.

Antibióticos:

Se administró antibióticos inyectables (penicilina) en 18 pacientes. No hay reporte de antibióticos orales.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria del post-operatorio variaron entre 4 y 8 días con un promedio de estancia de 5 días.

Morbilidad:

De las 31 pacientes esterilizadas, 27 fueron intervenidas después de haberse efectuado su parto por vía vaginal. Las otras 4 fueron hechas a continuación de una cesárea.

La morbilidad que aquí se analiza es la de las pacientes que fueron esterilizadas después del parto vaginal; las que se hicieron a continuación de una cesárea se analizarán juntamente con esta intervención.

De las 27 pacientes que fueron esterilizadas después - del parto vaginal, 21 de ellas evolucionaron satisfactoriamente y fueron dadas de alta entre el 3er. y 5o. día de post-operatorio.

4 pacientes presentaron fiebre mayor de 38°C que duró por más de 48 horas sin otra complicación.

2 presentaron infección de la herida operatoria pero sin mayores consecuencias, no se reporta otra complicación.

C E S A R E A S

En los cinco años analizados se presentan 29 operaciones cesáreas. Hay que hacer notar que debido a las condiciones desfavorables del Centro de Salud, no se hicieron todas las cesáreas que se presentaron al Servicio, ya que gran porcentaje de ellas, fueron remitidas a otros hospitales mejor equipados.

De las 29 cesáreas: 8 se hicieron por cesárea anterior y por no tenerse datos sobre la causa de las cesáreas anteriores; 10 por prolongación del segundo período del parto y haberse presentado ya, signos de sufrimiento fetal; 4 porque clínicamente se comprobó estrechez pélvica; 3 por presentaciones anormales del feto en pacientes primigestas y por no tenerse - medios para hacer una evaluación cefalo-pélvica; 3 por placenta previa sangrante. En estas últimas 3, se usó transfusión de sangre completa en el pre y post-operatorio.

Solamente en un caso entró en shock por hemorragia y 1 por prolapso del cordón umbilical del feto.

C U A D R O No.11

DISTRIBUCION DE CESAREAS SEGUN EL NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES

CAUSA DE LA CESAREA	Número de pacientes	1a.Ces.	2a.Ces.	3a.Ces.	4a.Ces.
Cesárea anterior	8	0	3	4	1
Prolongación del 2o. período	10	10	0	0	0
Estrechez pélvica	4	4	0	0	0
Presentación anormal del feto	3	3	0	0	0
Prolapso del cordón umbilical	1	1	0	0	0
Placenta previa sangrante	3	3	0	0	0
TOTALES	29	21	3	4	1

De las 8 cesáreas que se hicieron por cesárea anterior, en 5 se hizo también esterilización, por ligadura de trompas; en 4 de ellas porque era su tercera cesárea y por el hecho de ser rurales con dificultad para el control de un cuarto embarazo; y en la otra se trataba de una cuarta cesárea.

Edad:

La edad de las pacientes osciló entre 15 y 39 años, según la distribución siguiente:

C U A D R O No.12

DISTRIBUCION DE CESAREAS HECHAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SU-
CHITOTO SEGUN EDAD DE LA PACIENTE 1963 - 1967

EDAD	NUMERO DE MUJERES
15 - 19	6
20 - 24	12
25 - 29	8
30 - 34	2
35 - 39	1
40 ó más	0
TOTAL	29

Anestesia:

En 26 de las pacientes se usó anestesia raquídea y en 3 se usó anestesia general con éter abierto.

Antibióticos:

Se usó antibióticos inyectables (penicilina y estreptomycin) en 26 de las pacientes; no hay reporte de antibióticos orales.

Transfusiones:

Se puso transfusión de sangre completa en el momento operatorio a 4 pacientes, la cantidad de sangre transfundida fué: de 500 mililitros en 3 pacient es y 1.500 mililitros en una paciente que se presentó al servicio en Shock, debido a hemorragia vaginal dada por placenta previa sangrante.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 8 y 12 días con un promedio de estancia de 9 días.

Morbilidad:

23 de las pacientes evolucionaron satisfactoriamente - sin ninguna complicación. Tres de las 6 restantes, presentaron fiebre mayor de 38°C que duró por más de 24 horas, sin ninguna otra complicación.

Dos pacientes presentaron infección de la herida operatoria, en una de ellas, se formó absceso de la pared abdominal.

Una paciente presentó hemorragia genital abundante en el post-operatorio, la que fué combatida usando occitóxicos - por vía endovenosa.

No se registra otra anormalidad, ni muerte.

EXTIRPACION DE EMBARAZO ECTOPICO

Durante los cinco años se practicaron en el Servicio, 6 extirpaciones de embarazo ectópico.

Hay que hacer la salvedad de que los embarazos ectópicos intervenidos no fueron los únicos que se presentaron al Centro de Salud, pues la mayor parte de ellos fueron referidos a otros hospitales mejor equipados para una anestesia adecuada y las transfusiones necesarias en caso de emergencia.

De los 6 embarazos ectópicos intervenidos, 4 de ellos estaban rotos y con signos evidentes de hemorragia intraperitoneal.

En 2 casos fueron intervenidos con diagnóstico presun-

tivo de embarazo ectópico, por el hecho de haber amenorrea, - palpase tumoración dolorosa en alguna de las trompas uterinas y haber sangramiento vaginal de color achocolatado. En ambos casos se practicó punción del fondo de saco posterior, las cuales fueron negativas.

De los 6 embarazos ectópicos extirpados, 4 pertenecían a la trompa uterina derecha y dos a la izquierda. En una de estas pacientes ya se habían extirpado dos años antes, un embarazo tubario de la trompa contralateral. De las pacientes intervenidas sólo una era nulípara, las demás, ya habían tenido partos normales por vía vaginal.

Dos de las pacientes daban historia de haber padecido - procesos infecciosos genitales, que se las había acompañado de - dolor suprapúbico, y fiebre que había requerido tratamiento médico.

Anestesia:

En 3 pacientes se usó raquinalgesia y en los otros 3 - anestesia general con éter abierto.

Antibióticos:

En 5 pacientes se usó antibióticos parenterales y en 1 no se usó ningún antibiótico.

Hospitalización:

Los días de hospitalización oscilaron entre 6 y 8 días con un promedio de estancia de 7 días.

Transfusiones:

En 3 de las pacientes se puso transfusión de sangre com-



pleta, debido a que presentaron anemia y una de éstas, presentó shock en el momento operatorio.

Morbilidad:

Sólo una paciente presentó fiebre de más de 38°C por más de 24 horas sin otra complicación y hubo otra paciente que presentó infección de la herida operatoria.

APLICACION DE FORCEPS

Se registraron 13 aplicaciones de forceps, 10 de ellos se trató de forceps bajo, habiendo sido la causa principal: agotamiento materno.

Dos están reportados como forceps medio y aplicados por la misma causa anterior.

En uno de ellos no hay reporte del tipo de forceps ni de la causa por la cual se aplicó.

Anestesia:

Anestesia raquídea	3
Anestesia general con Trileno	7
No hay reporte anestésico en	3

Antibióticos:

Se usó antibióticos en 4 pacientes así: Antibióticos por vía parenteral en dos; Antibióticos por vía oral en 2.

Hospitalización:

La hospitalización osciló entre 2 y 5 días con un promedio de estancia de 3 días.

Morbilidad: Sólo en un caso se produjo desgarro vaginal de tercer grado que fué suturado y la paciente evolucionó satisfactoriamente.

No hay reporte de otras complicaciones.

SUTURA DE ULCERAS VAGINALES

Se registran cuatro pacientes que se presentaron al Servicio con úlceras vaginales sangrantes; en todas ellas, la causa de la úlcera fué el haberse colocado pastillas de Permanganato en la vagina con fines abortivos.

En una paciente se puso transfusión de sangre completa, por presentar hemorragia muy copiosa que la llevó al shock.

Antibióticos:

Sólo a una paciente se le puso antibióticos por vía parenteral.

Anestesia:

Anestesia local	3 pacientes
Anestesia general con pen- total	1 paciente

Hospitalización:

Todas las pacientes fueron hospitalizadas entre 2 y 5 días, con un promedio de estancia de 4 días.

Morbilidad:

Todas las pacientes evolucionaron satisfactoriamente con excepción de una, que presentó al cicatrizar la lesión, estrechez vaginal que le producía dolor al coito.

SUTURA DE DESGARROS VAGINALES

Se registraron 9 pacientes a quienes se les suturó por desgarro vaginal; todos producidos por partos recientes.

Tres de ellas, fueron partos atendidos en el Centro de Salud y 6 que fueron atendidas por matronas fuera del Hospital y llevadas a éste, después de verificado el parto.

Hubo 4 desgarros de segundo grado, 4 desgarros de tercer grado y un desgarro de cuarto grado.

Todos estos desgarros fueron producidos al momento de la expulsión de la cabeza fetal.

Los 6 desgarros que fueron suturados y procedentes de fuera, se presentaron antes de las 24 horas después del parto y no había signos de infección.

Las que se presentaron ya con signos inflamatorios de la región afectada no fueron suturadas, sino que se trataron con curación diaria de la región y con antibióticos. Este grupo forma la inmensa mayoría de los casos que se presentaron al Centro de Salud, ya que por el hecho de ser rurales, vivir relativamente lejos del Servicio de Salud y con la dificultad del transporte, son llevadas hasta que hay sintomatología, lo cual pone en peligro la salud de la paciente, y hasta que la matrona haya agotado sus recursos caseros.

Anestesia:

Se usó anestesia local en 7 pacientes y anestesia general con Pentotal en 2 pacientes.

Antibióticos:

En 7 pacientes se usó antibióticos por vía parenteral y en una se usó antibióticos por vía oral.

Hospitalización: Las nueve pacientes fueron hospitalizadas, oscilando los días de hospitalización entre 3 y 6 días, con un pro

medio de estancia de 4 días.

Morbilidad:

Todos los casos evolucionaron satisfactoriamente.

RESUTURA DE EPISIOTOMIA

Sólo se registraron 4 casos de Resutura de Episiotomía en los que hubo necesidad de resuturar, debido a que se infectaron y se abrieron completamente.

La técnica que se empleó fué: aseo completo y raspado de los bordes de la herida, luego después se hacían puntos de seda profundos para aparear los bordes.

El hecho de haberse presentado sólo cuatro pacientes con dehiscencia de la episiotomía significa que es un número bastante bajo; tomando en cuenta el medio en que se trabaja y que la mayor parte de primigestas o pacientes a quienes se les hace episiotomía son atendidas por la enfermera o la auxiliar de enfermería.

Anestesia:

En dos pacientes se usó anestesia local, en una se usó parenteral y, en una anestesia raquídea.

Antibióticos:

En los cuatro pacientes se usó antibióticos por vía parenteral (penicilina más estreptomycinina).

Hospitalización:

Las 4 pacientes fueron hospitalizadas entre 3 y 6 días, con un promedio de estancia de 4 días.

Morbilidad:

Todos los casos evolucionaron satisfactoriamente

EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA

Se presentaron 8 casos de extracción manual de placenta. De éstos, 3 fueron pacientes de partos atendidos en el Centro de Salud y 5 atendidos por matronas fuera del centro de Salud.

Todos los casos fueron hechos debido a la retención de la placenta por más de tres horas después de la expulsión del feto.

6 pacientes habían tenido parto a término y en dos, se trataba de parto prematuro.

Se puso transfusión de sangre completa en una paciente debido a que se presentó al Servicio en shock hemorrágico.

Anestesia:

A 6 pacientes se les administró anestesia general con Trilene, a un paciente anestesia general con pentotal y de una no hay reporte anestésico.

Hospitalización:

Todas las pacientes fueron hospitalizadas, de 2 a 5 días con un promedio de estancia hospitalaria de 3 días.

Antibióticos:

En 5 pacientes se usó antibióticos por vía parenteral (penicilina más estreptomina).

Morbilidad:

Las 3 pacientes de parto atendidas en el Servicio, evolucionaron satisfactoriamente.

De las 6 pacientes de partos atendidos fuera del Centro de Salud, solamente dos evolucionaron en una forma satisfactoria,

Las otras 4 presentaron fiebre con más de 38°C y por más de 48 horas; 2 de ellas presentaron desde la intervención, edema de la vulva y en una paciente cuando llegó al Servicio tenía más de 24 horas de retención placentaria por lo que presentaba ya, fiebre y fetidez de la placenta.

EMBRIOTOMIAS

Solamente se reportan tres embriotomías.

En los 3 casos se trataba de madres con embarazo a término, y con feto muerto en presentación de hombro. Las tres fueron pacientes atendidas fuera del Hospital, por matronas y hasta que ésta había agotado sus recursos, habían sido trasladadas al Centro de Salud.

Anestésicos:

En dos pacientes se usó anestesia raquídea y en una, éter abierto.

Hospitalización:

Los días de estancia hospitalaria variaron de 3 a 6, con un promedio de estancia de 4 días.

Antibióticos:

Sólo en un paciente se usó antibióticos por vía parenteral.

Morbilidad:

Ninguno de los tres casos presentó anomalías durante el tiempo operatorio ni en el post-operatorio.

CESAREA HISTERECTOMIA

Sólo se presentó un caso en los cinco años.

Se trataba de una paciente multípara de 22 años de edad, con embarazo a término y que tenía, al presentarse al Servicio, - 16 horas de trabajo de parto. La atendía en su casa una matrona y ésta le había inyectado por vía intramuscular dos ampollas de "Pituitrina"; poco antes de ser llevada al Centro de Salud, había presentado shock con desaparecimiento de las contracciones uterinas. Al hacer el examen físico se diagnosticó ruptura uterina y se puso transfusión de sangre completa; inmediatamente después, se procedió a practicar Laparotomía, usando anestesia con éter abierto.

Al abrir la cavidad abdominal se encontró feto muerto, parcialmente fuera del útero, el que se extrajo juntamente con la placenta y se procedió a hacer histerectomía sub-total.

La paciente presentó fiebre de más de 38°C en las primeras 48 horas del post-operatorio, la que desapareció con el uso de antibióticos por vía intramuscular.

No hay reportada ninguna otra anomalía

Fue dada de alta a los 9 días del post-operatorio en buenas condiciones.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Se reportan cuatro casos de Histerectomía abdominal en los cinco años que abarca el estudio.

Tres de ellas se hicieron debido a la presencia de tumo

res uterinos palpables, las 3 piezas operatorias fueron consideradas clínicamente como fibromas uterinos, ya que no fueron enviadas al Departamento de Anatomía Patológica para su estudio.

Estas tres histerectomías fueron totales.

La otra histerectomía fué hecha por ruptura uterina debido a probable maniobra criminal para provocar aborto; ésta fué subtotal.

El número de rupturas y perforaciones uterinas que se presentaron al Servicio fué mucho mayor, pero debido a que en éste no se dispone de facilidades quirúrgicas, la mayoría de ellas fué referida a otro Centro Hospitalario más competente.

Anestesia:

En dos pacientes se usó anestesia raquídea y las otras dos fueron intervenidas con anestesia general (éter abierto).

Antibióticos:

En tres de las pacientes se usó antibióticos parenterales (penicilina y estreptomina).

Hospitalización:

Los días de hospitalización variaron de 1 a 10 días, con promedio de estancia de 8 días.

Transfusiones:

A tres pacientes se les puso transfusión de sangre completa durante el acto operatorio.

Morbilidad:

Tres de las pacientes intervenidas en el Servicio evolucionaron satisfactoriamente.

Un paciente que presentaba perforación uterina, al ser intervenida, entró en shock y falleció inmediatamente después de terminada la operación.

PUNCION DEL FONDO DE SACO POSTERIOR DE LA VAGINA

En total se hicieron cinco punciones del fondo de saco posterior de la vagina, todas se hicieron con fines de diagnóstico. Dos de ellas resultaron positivas al extraerse sangre y pequeños coágulos. Estas dos pacientes fueron laparotomizadas habiéndose encontrado embarazo ectópico tubario y el cual, les fué extirpado a ambas (ver extirpación de Embarazo Ectópico).

Anestesia:

En dos pacientes se hizo punción con anestesia local y en tres se hizo con anestesia general (Pentotal Sódico).

Antibióticos:

No hay reporte de uso de antibióticos debido a la punción.

Hospitalización:

Sólo 3 pacientes fueron hospitalizados para la punción; en dos que terminaron en Laparotomía se extirpó un embarazo ectópico y en la otra, cuya punción fué negativa quedó en observación.

De modo que se analizará la hospitalización de la paciente con punción negativa, ya que las otras, se analizan en "Embarazo Ectópico". Los días de estancia hospitalaria fueron de 1 a 3 días con un promedio de estancia de dos días.

Morbilidad:

La morbilidad de las dos primeras ya fué descrita juntamente con Embarazo Ectópico y de las otras tres no hay reporte.

DRENAJE DE BARTOLINITIS

Se hicieron en total 8 drenajes de absceso de la Glándula de Bartolín. Todas fueron mujeres en vida sexual activa entre los 16 y 35 años.

Antibióticos:

Se usó antibióticos por vía parenteral en las 8 pacientes.

Hospitalización:

Sólo 6 pacientes fueron hospitalizadas, las otras dos no se ingresaron. Los días de hospitalización variaron de 2 a 4 días con un promedio de estancia de 3 días.

Anestesia:

Se usó anestesia general con pentotal en las 8 pacientes.

Morbilidad:

Sólo una paciente presentó fiebre mayor de 38°C en las primeras 72 horas después del drenaje, el resto de pacientes evolucionaron sin anomalías.

EXTIRPACION DE POLIPO CERVICAL

Sólo se presentó un caso de extirpación de pólipo cervical. La extirpación se hizo por torsión. No se usó anestesia ni antibióticos y la paciente no fué hospitalizada ni hay reporte de complicación.

CURA DE CISTOSELE

Se reportan 9 casos los que se hicieron por haber cistósele que daba sintomatología. En 4 de ellos estaba ulcerada la mucosa vaginal que los recubría.

4 pertenecían a mujeres en vida reproductiva, menores de 40 años y 5 mujeres mayores de los 55 años de edad.

Anestesia:

Las 9 pacientes fueron intervenidas con anestesia raquídea. A una paciente se le puso transfusión de sangre completa.

Antibióticos:

En 6 de las pacientes se usó antibióticos por vía parenteral y en 3 no se usó antibióticos.

Hospitalización:

Los días de hospitalización oscilaron entre 6 y 12 con un promedio de estancia de 8 días.

Morbilidad:

Sólo un caso presentó disuria y hematuria macroscópica el quinto día del post-operatorio (día en que se retiró la sonda vesical en permanencia).

El resto evolucionó satisfactoriamente.

HISTERECTOMIA VAGINAL

Se presentaron dos casos de pacientes a las que se les practicó histerectomía por vía vaginal, ambas fueron hechas por prolapso genital, en mujeres cuyas edades eran: 42 años en una y 52 años en la otra. No hay reporte de la técnica empleada.

Anestesia:

En ambas se usó anestesia raquídea y a las dos pacientes se les puso transfusión de sangre completa, en ambos casos se usó antibióticos inyectables. La hospitalización fué de 8 a 10 días, dando un promedio de estancia de 9 días. No se reportan anormalidades en el tiempo operatorio ni en el post-operatorio.

BIOPSIA DEL CERVIX Y ENDOMETRIO

A 20 pacientes se les tomó biopsia del Cérvix uterino ó del endometrio, con fines diagnósticos; todas fueron enviadas al Departamento de Anatomía Patológica.

A 14 de ellas sólo se les tomó del cérvix y a 6 se les tomó biopsia endometrial; a ninguna paciente se le tomó biopsia de ambas partes.

Estas biopsias fueron reportadas por el Departamento de Anatomía Patológica en la forma siguiente:

C U A D R O No.13

DISTRIBUCION DE 14 CASOS DE BIOPSIAS DEL CERVIX SEGUN DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO 1963-1967

BIOPSIAS DEL CERVIX	NUMERO
Negativas	3
Carcinoma in-situ	3
Carcinoma espino-celular altamente invasivo, Grado I	1
Carcinoma espino-celular, Grado II	2
Adeno-carcinoma, Grado I	1
Endocervicitis crónica	2
Cervicitis crónica	1
T.B. cervical	1
TOTAL	14

BIOPSIAS DEL ENDOMETRIO

C U A D R O No.14

DISTRIBUCION DE 6 CASOS DE BIOPSIAS DEL ENDOMETRIO SEGUN DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO 1963-1967

Hiperplasia endometrial (tipo queso Gruyere)	2
Adeno-carcinoma endometrial	2
Endometrio en fase secretoria	1
Endometritis crónica	1
TOTAL	6

De las 7 biopsias cervicales que fueron reportadas - como positivas a carcinoma, tenemos según edad de la paciente.:

Dos	pertenecían	a	mujeres	entre	25-30	años
Una	"	"	"	"	31-35	"
Una	"	"	"	"	36-40	"
Dos	"	"	"	"	41-45	"
Una	"	"	"	"	46 y más	años.

De los dos casos reportados de carcinoma del endometrio, una de ellas, pertenecía a una señora de 38 años y la otra contaba con 53 años de edad.

Los 9 casos en total de pacientes que resultaron con biopsia positiva a cáncer, fueron referidos al Hospital de Maternidad de San Salvador.

Hospitalización:

Sólo 3 casos fueron hospitalizados, oscilando entre 2 y 3 días de estancia, con un promedio de dos días.

Anestesia:

En 5 pacientes se usó anestesia general con pentotal. No se usó otra anestesia.

Morbilidad:

Dos pacientes, a las que se les había tomado biopsia del cérvix, se presentaron nuevamente al Servicio a las primeras 24 horas, después de tomada la biopsia, con abundante hemorragia genital, la cual se combatió cauterizando los puntos sangrantes.

EXTIRPACION DE QUISTE DEL OVARIO

Se presentan 3 pacientes a las que se les extirpó - quiste del ovario. En los 3 casos, los quistes eran palpables al examen ginecológico; 2 pertenecían al ovario derecho y una al ovario izquierdo.

A una de estas pacientes ya le había sido extirpado - el ovario contralateral, 6 años antes, debido a quiste.

La edad de las pacientes fué entre 27 y 42 años.

En los 3 casos se usó anestesia raquídea y antibióti- cos inyectables por vía parenteral.

Hospitalización:

Los días de hospitalización variaron entre 7 y 10 - días con un promedio de estancia de 8 días.

Morbilidad:

Sólo una paciente presentó infección de la herida ope- ratoria y las otras dos evolucionaron satisfactoriamente.

CURA DE CISTOCELE Y RECTOCELE

Se hicieron 4 operaciones de este tipo y en todos los casos se debió a que había sintomatología evidente.

La edad de las pacientes osciló entre 28 y 58 años.

Todas eran pacientes multíparas con partos asistidos - por matronas.

Anestesia:

En tres pacientes se usó anestesia raquídea y en una se usó anestesia local.

Antibióticos:

En las 3 pacientes se puso antibióticos por vía parenteral.

Hospitalización:

Los días de hospitalización oscilaron entre 6 y 9, con un promedio de estancia hospitalaria de 7 días.

Se puso transfusión de sangre completa en una paciente.

Morbilidad:

Hubo una paciente que presentó infección de la herida operatoria pero que sanó en 6 días.

CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA HECHA POR EL AUTOR

De las 361 intervenciones de cirugía ginecológica y obstétrica que aquí se presenta, 56 de ellas fueron verificadas - por el autor, como lo muestra el cuadro siguiente:

C U A D R O No.15

PRESENTACION DE 56 INTERVENCIONES DE CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA HECHA POR EL AUTOR ENERO-DICIEMBRE 1967

Raspados uterinos	27
Esterilizaciones	6
Cesáreas	4
Extirpación de embarazo ectópico	2
Aplicación de fórceps	3
Resutura de episiotomía	1
Extracción manual de placenta	2
Embriotomía	2
Histerectomía abdominal	1
Punción de fondo de saco posterior	2
Cura de cistocele	1
Biopsia del cérvix y endometrio	5
<hr/>	
TOTAL	56

Morbilidad:

13 de los pacientes presentaron fiebre en el post-ope_ratorio sin ninguna otra complicación; 5 se les infectó la re_gión operatoria.

Mortalidad:

La mortalidad fué 0.

CUADRO DE RESUMEN DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA SEGUN CARACTERISTICAS

Intervención Quirúrgica	No.de casos	Pacientes hospitalizados.	Promedio - estancia.	Transfusiones.	ANTIBIOT.		ANESTES. USADA				complicaciones			Mortalidad		
					oral	Parenteral	Raq.	general	Pent.Eter	Tri-lene	Local	fiebre	Inf. reg. op.		Shock	Ot.
Raspados uterinos	197	197	4	23	0	84	0	178	0	13	0	9	33*	5**	7	1
Esterilizaciones	31	31	5	0	0	18	26	0	3	0	2	4	2	0	0	0
Cesáreas	29	29	9	4	0	26	26	0	3	0	0	3	2	1	1	0
Embarazo ectópico	6	6	7	3	0	5	3	0	3	0	0	1	1	1	0	0
Aplicación fórceps	13	13	3	0	2	2	3	0	0	7	0	0	0	0	1	0
Sutura úlc.vaginal	4	4	4	1	0	1	0	1	0	0	3	0	0	1	1	0
Sutura desgarr.vagin.	9	9	4	0	1	7	0	2	0	0	7	0	0	0	0	0
Resut.episiotomía	4	4	4	0	0	4	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Ext.manual placenta	8	8	3	1	0	5	0	1	0	6	0	4	0	1	0	0
Embriotomía	3	3	4	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cesárea hysterectom.	1	1	9	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
Hysterectom.abdom.	4	4	8	3	0	3	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1
Punción f.saco post.	5	3	2	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0
Drenaje bartolinitis	8	6	3	0	0	8	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0
Ext.pólipo cervical	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cura cistocele	9	9	8	1	0	6	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Hysterect.vaginal	2	2	9	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toma biop.serv.end.	20	3	2	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	2	0
Extirp.quiste ovár.	3	3	8	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cura cistoc.y rectoc.	4	4	7	1	0	3	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0
TOTALES	361	339		40	3	197	79	199	13	26	17	23	40	11	13	2

* En los 33 pacientes de infec.de región operatoria se incluyen: 26 que se presentaron al Servicio con endometritis infecciosa, 3 que se presentaron con pelviperitonitis y 4 con pelviperitonitis post-legrado.

**Se incluyen 4 shock hemorrágicos y un shock tóxico-infeccioso.

CIRUGIA MENOR

La Cirugía Menor es la que en todo Servicio de Salud constituye la mayoría de las intervenciones quirúrgicas y que demanda gran cantidad de tiempo en la atención médica y de enfermería.

Aquí se incluyen todas aquellas intervenciones quirúrgicas que no implicaban un riesgo importante que pusiera en peligro la vida del paciente y que además no pertenecieran a la cirugía ginecológica. En este capítulo se incluyen la cirugía practicada o llevada a cabo por el médico y la efectuada por la enfermera. Se presentan en total 2283 casos de cirugía menor que han sido clasificadas en la forma siguiente:

C U A D R O No.17

DISTRIBUCION DE 2283 INTERVENCIONES DE CIRUGIA MENOR PRACTICADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN AÑOS 1963-1967

INTERVENCION	1963	1964	1965	1966	1967	TOTAL
Sutura de heridas	18	181	232	330	326	1087
Drenaje de abscesos	8	126	56	117	164	471
Extracción de cuerpo extraño	16	39	42	42	26	165
Extirpación de peg.tumorac.	15	9	8	9	17	58
Lavado curac.de oídos	6	10	16	14	18	64
Unisectomías	2	9	23	17	18	69
Limpieza y curac.heridas	3	10	12	9	8	42
Limpieza y curac.quemaduras	0	7	16	15	15	53
Amputación de dedos	2	8	7	3	2	22
Reducción de fracturas	1	5	16	14	11	47
Reducción de luxaciones	0	3	5	7	4	19
Dilatación uretral	0	3	4	2	3	12
Diseción de vena	5	4	6	7	6	28
Taponamientos nasales	2	0	3	2	2	9
Sutura de alvéolo dent.sang.	0	2	5	4	6	17
Sección frenillos subling.	1	2	5	4	6	17
Toma de biopsia	5	9	8	11	10	43
Punción pleural	2	5	1	8	8	24
Abdomino síntesis	6	7	9	4	10	36
Otros	2	4	1	2	0	9
TOTALES	94	443	471	619	656	2283

SUTURA DE HERIDAS

Esta fué la cirugía menor que se presentó con mayor frecuencia; habiéndose registrado 1087 pacientes con heridas durante los cinco años y de los cuales 682 fueron suturados por la enfermera o auxiliar de enfermería y 405 pacientes fueron suturados por el médico.

Todas aquellas heridas que además de piel, interesaban otras estructuras como músculos, tendones y huesos, fueron suturados por el médico. 686 de estos pacientes daban la historia de haber sido lesionados en una forma pacífica y accidental, generalmente por ellos mismos. 276 pertenecían al sexo femenino y 410 al sexo masculino. Se registraron:

145	heridas contusas
374	heridas cortantes y
167	heridas no determinadas
<hr/>	
686	en total
<hr/>	

Las 401 heridas restantes fueron producidas por agresión, generalmente por otra persona:

121 del sexo femenino y 280 del sexo masculino. De éstos se registraron:

316 heridas producidas por arma corto-cortante y 76 heridas contusas (aquí se incluyen las heridas producidas por arma de fuego que no penetraron al abdomen, ni dañaron estructuras importantes)

9 no fueron clasificadas.

De las 1087 personas heridas que se presentaron al Centro de Salud algunas presentaban una sola herida y otras que presentaban dos o más, ameritaban solamente sutura.

En el cuadro siguiente se presenta el número de pacientes y el número de heridas:

Pacientes con 1 herida	716
Pacientes con 2 heridas	148
Pacientes con 3 heridas	85
Pacientes con 4 heridas	42
Pacientes con 5 heridas	21
Pacientes con 6 y más heridas	15
Pacientes con un número de heridas no determinado	<u>60</u>
Total de pacientes heridos	<u>1087</u>

Localización y profundidad de las heridas

C U A D R O No.18

DISTRIBUCION DE HERIDAS SUTURADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO DURANTE LOS AÑOS 1963-1967 SEGUN LOCALIZACION Y PROFUNDIDAD.

Partes del cuerpo	sólo piel y células subcut.	Piel, músculos y tendones	piel, tendones y hueso	Total
Manos	238	116	94	448
Brazo y antebrazo	114	68	29	211
Pie	102	57	23	122
Pierna y muslo	95	17	6	182
Cabeza	124	-	17	141
Cara	92	34	14	140
Espalda y tórax	77	26	9	112
Otras partes no determinadas				242
TOTAL				1,598

Como lo muestra el cuadro anterior, en los cinco años - que comprende el estudio, se suturaron 1598 heridas, en un total de 1087 pacientes.

ANESTESIA	NUMERO PACIENTES
Local	1044
General con Pentotal	5
General con Trilene	3
No reportada	53
TOTAL	1087

Hospitalización:

Fueron hospitalizados 225 pacientes; los días de estancia hospitalaria oscilaron entre 1 y 8 con un promedio de 3 días.

Antibióticos:

Se usó antibióticos parenterales en 543 pacientes

Se usó antibióticos orales en 38 "

A 912 pacientes se les puso antitoxina tetánica en dosis de 5.000 U. por vía intramuscular.

Morbilidad:

Se observó infección de heridas operatorias en 84 pacientes. No se reporta otra anormalidad.

DRENAJE DE ABSCESOS

Se reportan 471 casos de drenaje de abscesos drenados en el Servicio. 165 fueron drenados por la enfermera y 306 por el médico.

172 de los casos pertenecían a pacientes del sexo femenino y 299 a pacientes del sexo masculino.

En el cuadro siguiente se muestra la localización más frecuente de los abscesos que se presentaron al Servicio..

C U A D R O No.19

DISTRIBUCION DE 471 ABSCESOS DRENADOS QUIRURGICAMENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO DURANTE EL TIEMPO QUE COMPRENDE EL ESTUDIO, 1963-1967, SEGUN SU LOCALIZACION

LOCALIZACION	No. PACIENTES
Ingle	113
Pie	87
Mano, brazo y antebrazo	72
Mama	38
Muslo	41
Axila	29
Pierna	18
Cuello	18
Región glútea	15
Otros	40
TOTAL	471

Anestesia:

ANESTESIA	No. PACIENTES
General con pentotal	218
General con Trilene	147
Local	88
No reportada	18
TOTAL	471

Antibióticos:

Se usó antibióticos por vía parenteral en 424 pacientes y no hay reporte de uso de antibióticos orales.

Morbilidad:

Se presentó fiebre mayor de 38°C en 133 pacientes quienes fueron ingresados.

Mortalidad:

De entre los 471 pacientes; a los que se les drenó absceso, se reportó un caso de muerte; se trataba de un paciente de 22 años de edad que presentaba un absceso en la ingle de recha y fiebre de 15 días de evolución.

Al drenar el absceso se extrajo un litro, más o menos, de pus de color verdoso y fétido.

Después de drenaje continuo con fiebre, anorexia y enflaquecimiento progresivo; el punto de drenaje continuó supurando abundantemente sin dar muestras de mejoría.

Se envió una muestra del pus para cultivo, el que fué contestado como "micobacterium tuberculoso" tipo bobino.

El paciente falleció 18 días después del drenaje.

EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS

Aquí se incluyen todas aquellas intervenciones de cirugía menor que se hicieron con el fin de extraer algún objeto introducido accidentalmente en alguna parte del cuerpo.

Se presentan 165 casos, de los cuales, 56 fueron atendidos por la enfermera y 109 por el médico.

De los 165 pacientes, 71 de ellos presentaban objetos - introducidos en los orificios naturales, consistiendo en su - mayoría, en semillas vegetales como granos de frijol, maiz, etc. etc. así como también insectos y otros objetos metálicos o plásticos.

De estos 71 pacientes: 47 pertenecían al sexo masculino - y 24 al sexo femenino. Los orificios naturales más frecuentemente afectados fueron:

Fosas nasales	30	pacientes
Conducto auditivo externo	34	"
Orofaringe	4	"
Vagina	3	"
<hr/>		
TOTAL	71	pacientes

De los 30 pacientes que se presentaron con cuerpo extraño introducido en las fosas nasales, 26 de ellos correspondían a semillas vegetales, 4 a objetos metálicos o plásticos. De - los 34 pacientes que se presentaron con cuerpo extraño introducido en el conducto auditivo externo, 22 correspondían a insectos que se introdujeron accidentalmente, 8 correspondieron a - semillas vegetales y 4 a objetos metálicos o plásticos.

De los 4 pacientes que se presentaron con cuerpo extraño introducido en la orofaringe, en 3 de ellos el objeto introducido consistía en monedas y los 3 pacientes fueron menores de 6 años y solamente en un caso se trató de un adulto al que se le extrajo una espina de pescado que estaba insertada en la - orofaringe.

De las 3 pacientes que presentaban cuerpos extraños introducidos en la vagina, 2 de ellas correspondían a niñas menores de 6 años, no habiendo reportado el objeto extraído y solamente en un caso se presentó en una mujer adulta a la que se le extrajo un envase de gaseosa.

De estos 71 pacientes, sólo uno presentó complicaciones; se trataba de una paciente de 18 años de edad a la cual se le había introducido, accidentalmente, un insecto en el conducto auditivo externo derecho y al tratar de extraerlo, se le rompió la membrana timpánica, habiendo presentado abundante hemorragia del oído inmediatamente después de la extracción. 4 días más tarde se presentó al Servicio con fiebre, cefalea y supuración abundante del oído, pero quedó como secuela, sordera del oído afectado.

De los 94 pacientes restantes, en todos se trató de objetos introducidos accidentalmente a través de la piel.

Las partes del cuerpo más agredidas fueron:

Pie	44 casos
Manos	38 casos
Región glútea	9 casos
Otras partes	3 casos
	<hr/>
Total	94 casos
	<hr/>

Sexo:

52 pacientes pertenecían al sexo masculino y 42 al sexo femenino. En su mayoría, el objeto introducido fué; espinas ve

getales, agujas de coser y sólo en 4 casos, consistió en proyectil disparado por arma de fuego.

16 de estos pacientes presentaban ya, absceso en el punto agredido; 13 pacientes presentaron fiebre durante las primeras 48 horas después de la intervención y 5 pacientes presentaron infección de la herida operatoria. Todos pertenecientes al segundo grupo.

Anestesia:

Anestesia local	68 pacientes
Anestesia general con Trilene	15 "
No hay reporte anestésico en "	<u>82 "</u>
Total	165 pacientes

Antibióticos:

72 pacientes recibieron, cuando menos, una dosis de antibióticos inyectables (penicilina). No hay reporte de antibióticos orales. 81 pacientes se les inyectó antitoxina tetánica.

Hospitalización:

31 pacientes fueron hospitalizados (todos pertenecían al segundo grupo), los días de hospitalización variaron entre 2 y 10 días, con un promedio de estancia de 4 días.

EXTIRPACION DE PEQUEÑAS TUMORACIONES

Aquí se incluyen todas aquellas intervenciones de Cirugía Menor, por medio de las cuales se extirparon algunas tumo-

raciones cutáneas, sub-cutáneas y mucosas, exceptuando los ganglios, que se extirparon con fines de estudio, ya que éstos se registran juntamente al revisar "biopsias".

Se presentan 58 casos en total, de los cuales, 52 fueron intervenidos por el médico y 6 por la enfermera.

Clasificación de las piezas extirpadas:

La clasificación que a continuación se hace está basada en la impresión clínica, ya que de las 58 tumoraciones extirpadas, sólo 5 se enviaron a estudio anatomopatológico.

C U A D R O No.20

DISTRIBUCION DE TUMORACIONES EXTIRPADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN SEXO 1963-1967

TUMORACION	No.CASOS	MASCULINOS	FEMENINOS
Lipomas	16	12	4
Quistes sebáceos	20	14	6
Verrugas Vulgaris	9	6	3
Pólipos	2	0	2*
Condilomas acuminados	7	1	6
No clasificados	4	2	2
TOTAL	58	35	23

* Los dos pólipos extirpados fueron de fosas nasales.

Como puede verse en el cuadro No.20, 35 de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 23 al sexo femenino.

Anestesia:

En 53 pacientes se usó anestesia local por infiltración sub-cutánea y en los 5 casos restantes, no se encontró reporte.

Antibióticos:

Sólo en 3 pacientes se usó antibióticos y en todos fué administrado por vía parenteral.

Hospitalización:

Ningún paciente fué hospitalizado.

Morbilidad:

No hay reporte de complicación.

LAVADO Y CURACION DE OIDOS

Se registraron 64 casos en los cuales se hizo lavado y curación de oídos; todos se hicieron por haber taponamiento de los conductos auditivos externos debido a acumulación de cerumen. 59 lavados fueron hechos por la enfermera y 5 por el médico. De los 64 pacientes que se presentaron, 52 de ellos consultaron por "no oír bien" o por "zumbido en los oídos". El resto de los casos fueron descubiertos en el examen físico.

A 24 de los pacientes se les encontró, además de cerumen otras substancias como: algodón, hojas, pelos y otras substancias no identificadas.

De los 64 pacientes sólo 12 pertenecían a personas menores de 35 años y 52 a personas mayores de 35 años. La menor edad registrada fué de 16 años y la mayor de 68 años. 21 correspondían al sexo masculino y 43 al sexo femenino. En ninguno de es-

tos pacientes se usó antibióticos ni fué hospitalizado.

Morbilidad:

No se reporta ninguna complicación.

ONICOCECTOMIAS

Se hicieron 69 intervenciones de cirugía menor por medio de las cuales se extirpó una o más uñas.

42 de estas intervenciones fueron hechas por la enfermera y 27 por el médico. Los 69 pacientes que se presentaron fueron intervenidos por presentar uñas encarnadas, que causaban molestias al paciente; en 30 de ellos había infección de la porción distal del dedo afectado.

En el cuadro No.21 se muestra por orden de frecuencia los dedos más afectados:

C U A D R O No.21

DISTRIBUCION DE 25 CASOS DE ONICOCECTOMIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN DEDO AFECTADO Y SEXO 1963-1967

DEDO AFECTADO	No. CASOS	MASCULINOS	FEMENINOS
Ortejo derecho	35	22	13
Ortejo izquierdo	26	19	7
Dedo pequeño pie izquierdo	5	3	2
Dedo pequeño pie derecho	2	0	2
Dedo pulgar izquierdo	1	0	1
TOTALES	69	44	25

Como puede verse en el cuadro No.21, 44 de estos pacientes pertenecían al sexo masculino y 25 al sexo femenino.

Los dedos más afectados fueron los ortejos.

Anestesia:

En los 69 pacientes se usó anestesia local por bloqueo - del dedo intervenido.

Edad:

La edad más frecuente fué entre los 15 y 30 años, habiéndose registrado sólo 10 pacientes menores de 15 años y 8 pacientes mayores de los 30 años.

Antibióticos:

Se usó antibióticos orales en 5 pacientes y parenterales en 18.

Morbilidad:

No se reportan complicaciones.

LIMPIEZA Y CURACION DE HERIDAS

En los 5 años que comprenden esta revisión, hay reportado 95 casos de heridas que ameritaron limpieza y que, por su naturaleza, no se pudieron suturar.

Para efectos de presentación se han dividido en dos grupos:

El primer grupo comprende: 42 heridas cortantes que presentaban ya signos inflamatorios y presencia de pus. Todas éstas fueron tratadas con aseo completo más antibióticos.

25 pertenecían al sexo masculino y 17 al sexo femenino.

Los 53 casos restantes forman el segundo grupo que comprenden quemaduras de la piel. 32 fueron producidas con líquidos calientes, 18 por contacto directo con el fuego y en 3 casos no se ha establecido el agente que causó la quemadura.

Grado de la quemadura, según reporte médico:

Primer Grado	16 casos
Segundo Grado	28 casos
Tercer Grado	4 casos
No determinado	5 casos
	<hr/>
Total	53 casos
	<hr/>

En el cuadro siguiente se muestra el número de casos por edades.

EDAD	No. DE CASOS
De 0 - 2 años	14
3 - 5 "	22
6 - 10 "	9
11 - 20 "	0
21 - 30 "	2
31 - 40 "	4
41 y más	2
<hr/>	
TOTAL	53

Como puede verse en el cuadro anterior, la edad más frecuente de los pacientes fué la pre-escolar, entre los 2 y 5 años, disminuyendo su frecuencia en una proporción inversa a-

la edad del paciente.

De los 53 casos reportados, 34 correspondían al sexo femenino y 19 al sexo masculino. De los 95 casos de limpieza de heridas que aquí se presentan, 24 fueron atendidos por el médico y 71 por la enfermera.

De los 24 pacientes atendidos por el médico, 9 pertenecían al primer grupo y 15 al segundo grupo.

De los 71 pacientes atendidos por la enfermera, 33 pertenecen al primer grupo y 38 al segundo grupo.

Antibióticos:

Se usó antibióticos parenterales en 76 de los pacientes: 37 pertenecían al primer grupo y 39 al segundo grupo. En 5 pacientes se usó antibióticos por vía oral y todos pertenecían al primer grupo.

Anestesia:

En los pacientes del primer grupo (limpieza y curación de heridas) se usó anestesia general con pentotal en 2 pacientes, anestesia general con trilene en 3 pacientes y no hay reporte anestésico en 37 pacientes. Total 42 pacientes.

En los pacientes del segundo grupo (limpieza y curación de quemaduras) se usó: anestesia general con pentotal en 41 pacientes, anestesia general con trilene en un paciente y no hay reporte anestésico en 11 pacientes. Total 53 pacientes.

Hospitalización:

Fueron hospitalizados 28 pacientes: 9 del primer grupo y 19 del segundo grupo. Los días de estancia hospitalaria oscila-

ron entre 2 y 35 días con un promedio de estancia de 5 días.

Morbilidad:

La mayoría de los pacientes presentaron fiebre mayor de 38°C por un período mayor de 48 horas: 3 pertenecían al primer grupo y 11 al segundo grupo. Todos los casos de heridas que aquí se presentan, estaban ya con infección o potencialmente infectadas al ingreso.

Mortalidad:

De entre los 95 casos presentados hubo un caso de muerte y se trataba de un niño de 3 años de edad que presentaba quemaduras extensas en más del 60% de la superficie corporal, sufridas al caerle un recipiente que contenía agua hirviendo. Al ser llevado al Servicio se le hizo la curación de rutina (limpieza de la superficie quemada y curación con Furacín, - luego de cubrir con gasa); pocos momentos después, el paciente entró en shock y falleció al 4o. día de su ingreso.

AMPUTACION DE DEDOS

Se presentan 22 casos de amputación de dedos, de los cuales 17 correspondían a las manos y 5 a los pies.

De los 17 correspondientes a las manos, 15 fueron amputados por haber sufrido traumatismos que imposibilitaron la conservación de tal miembro, como machacamientos y amputaciones parciales por heridas muy profundas y 2 correspondientes a dedos supernumerarios. De los 5 correspondientes a dedos de los pies, 4 fueron amputados debido a machacamientos o heridas muy

profundas que imposibilitaron la conservación del dedo afectado y un caso que se amputó debido a gangrena.

Anestesia:

Se usó anestesia local en 20 pacientes, anestesia general con pentotal en 2 pacientes, 18 pacientes fueron atendidos por el médico y 4 por la enfermera.

Antibióticos:

En 16 pacientes se usó antibióticos inyectables (penicilina). En 2 se usó antibióticos orales y en 4 no se consigna el uso de antibióticos.

Hospitalización:

De los 22 pacientes que sufrieron amputación de dedos, 5 de ellos ameritaron hospitalización, variando los días de estancia de 3 a 10 días con promedio de 5 días.

Sexo:

16 pertenecían al sexo masculino y 6 al sexo femenino.

Morbilidad:

21 pacientes evolucionaron satisfactoriamente y uno presentó infección de la herida.

REDUCCION DE FRACTURAS

Durante los cinco años que abarca el estudio, se hicieron 47 reducciones de fracturas aplicándose sus respectivos aparatos, enyesado o vendaje simple para su inmovilización.

Es necesario hacer notar que, el número de fracturas que se presentaron al Servicio, fué mucho mayor que el número

aquí presentado, pero considerando que el Centro de Salud no cuenta con aparato de Rayos X para hacer un diagnóstico preciso de la lesión, y por no contar con un equipo quirúrgico-apropiado, la mayoría de los pacientes fracturados fueron enviados a otros Servicios que contaban con estas facilidades- y por eso sólo se atendieron aquellos casos que no ofrecían- mayor dificultad diagnóstica y que, además, no demandaban mayor técnica quirúrgica; de modo que, los 47 casos que aquí - se presentan, corresponden a las fracturas que realmente fue- ron reducidas en el Servicio.

Por orden de frecuencia los sitios más afectados fue- ron:

C U A D R O No.22

FRACTURAS REDUCIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN SU LOCALIZACION Y SEXO DEL PACIENTE 1963 - 1967

Partes fracturadas	No.Casos	Masculinos	Femeninos
1/3 distal del antebrazo	19	12	7
Clavícula	10	8	2
Mano	10	6	4
Costillas	4	3	1
Pie	3	3	0
1/3 distal de la pierna	1	0	1
TOTALES	47	32	15

De las 47 fracturas atendidas en el Servicio, 41 fueron reducidas por el médico y 6 por la enfermera.

15 de las fracturas reducidas, fueron fracturas expuestas, producidas por heridas con arma corto-contundente.

Anestesia:

Se usó anestesia local en 12 pacientes. Anestesia general con pentotal en 23 pacientes, Anestesia general con Trile-ne en 5 pacientes. No hay datos de anestesia practicada en 7 - pacientes.

Antibióticos:

En 11 pacientes se usó antibióticos inyectables y en todos se trataba de fracturas expuestas. De 36 pacientes no hay reporte.

Hospitalización:

De los 47 pacientes, solamente 21 ameritaron hospitalización, oscilando los días de hospitalización de 2 a 12 días y con un promedio de estancia de 3 días.

Morbilidad:

Se presentaron 2 casos de fracturas expuestas que presentaron fiebre mayor de 38°C, por más de 24 horas y 3 casos en los que hubo que abrir el aparato enyesado debido al edema.

Mortalidad:

Un niño de 7 años que presentaba fractura del tercio distal del antebrazo derecho, fué anestesiado con Pentotal E.V., habiendo presentado vómito al inyectar el anestésico, seguido de laringo-espasmo y cianosis; complicación que no se pudo combatir

y por lo que el paciente lamentablemente falleció en el momento.

REDUCCION DE LUXACIONES

Como en el caso anterior, las luxaciones tampoco se resolvieron en el Servicio y de todos los casos que se presentaron, la mayoría fueron enviados a otros Servicios para su intervención.

Las que se intervinieron en el Servicio fueron 19, como lo demuestra el cuadro siguiente:

C U A D R O No.23

DISTRIBUCION DE 19 CASOS DE LUXACIONES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN LOCALIZACION Y SEXO 1963-1967

LUXACION	No.Casos	Masculinos	Femeninos
Dedos	7	5	2
Codo	4	1	3
Hombro	4	4	0
Tobillo	3	0	3
Mandíbula	1	0	1
TOTAL	19	10	9

Los 19 casos fueron atendidos por el médico.

Hospitalización:

De los 19 pacientes, 8 fueron hospitalizados oscilando los días de hospitalización entre 2 y 3 días, con un promedio de 2 días.

Anestesia:

En 18 reducciones se usó anestesia general con pentotal y en un caso no hay reporte anestésico.

En todos los casos se colocó el aparato para la inmovilización de la articulación afectada. En 8 casos se colocó aparato enyesado completo, en 9 sólo se puso férula y vendaje y solamente de un caso no hay reporte del tipo de inmovilización usada.

Morbilidad:

No se reportan anormalidades ni complicaciones en los 19 casos.

DILATACION URETRAL

Se encuentran 12 casos de pacientes a los que se les hizo dilatación uretral. 8 de ellos necesitaron más de una dilatación y 4 se intervinieron sólo una vez. La causa principal de la dilatación fué estrechez uretral que imposibilitaba la micción y por haber ya formación de globo vesical, originado por la hipertrofia prostática. Solamente en 4 casos, la causa de la estrechez uretral se debió a otra patología, entre las cuales se registran: uno en que hacía cinco años se le había insertado una sonda vesical por más de 8 días; 2 cuya estrechez se debía a traumatismo vesical antiguo y uno en que no hay datos de lo que la originó. La edad más frecuente fué entre los 50 y 60 años, como lo demuestra la tabla siguiente:

EDAD EN AÑOS	NUMERO DE CASOS
20 - 30	1
31 - 40	0
41 - 50	2
51 - 60	7
61 - 70	1
71 y más	1
TOTAL	12 casos

En 8 se dejó insertada una sonda vesical tipo Foley por más de 24 horas.

Sexo:

Los 12 pacientes pertenecen al sexo masculino

Antibióticos:

En 6 pacientes se usó antibióticos orales (cloranfenicol y sulfadiazina) y de 6 no hay reporte de uso de antibióticos.

Hospitalización:

Todos los pacientes fueron hospitalizados, oscilando los días de hospitalización entre 2 y 12 días y con un promedio de estancia de 7 días.

Morbilidad:

3 pacientes presentaron hematuria macroscópica por más de 24 horas después de la dilatación, 2 presentaron fiebre las primeras 48 horas, no se reporta otra anormalidad.

5 de los pacientes fueron remitidos a otros Centros Hospitalarios para un tratamiento curativo.

DISECCION DE VENAS

Se reportan 28 intervenciones de cirugía menor por medio de las cuales se disecó una vena para ser cauterizada y para administrar líquidos por venoclisis.

Todas estas intervenciones fueron hechas por el médico. En 22 casos se disecó la vena maleolar interna y en 6 en alguna de las venas que pasan por la cara anterior del codo. 23 pacientes, a los que se hizo disección de vena, fueron menores de 4 años y sólo 5 fueron mayores de 5 años.

Sexo:

16 pertenecían al sexo femenino y 12 al sexo masculino.

Hospitalización:

Todos los pacientes fueron hospitalizados pero no por la disección de la vena, sino por la enfermedad que demandaba la venoclisis, por lo tanto, no será considerada aquí la hospitalización.

Morbilidad:

Sólo en un caso se reporta flebitis de la vena safena, después del tercer día de estar cateterizada la vena maleolar interna, habiéndose dado Dextrosa al 5% y Tetraciclina.

En los 28 pacientes se usó anestesia local.

TAPONAMIENTO NASAL

Los 9 casos de taponamiento nasal que aquí se presentan fueron hechos debido a epistaxis que no cedían por otros medios siendo éste el último recurso que se empleaba para cohibir la hemorragia.

5 casos fueron hechos por la enfermera y 4 por el médico.

Sexo:

6 pacientes fueron del sexo femenino y 3 del sexo masculino.

Hospitalización:

Sólo un paciente ameritó hospitalización debido a la cantidad de sangre perdida, por lo que se necesitó transfusión de 250 ml. de sangre. Este paciente a pesar del taponamiento continuó sangrando, por lo que fué trasladado al Hospital Rosales dos días después. El resto de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

SUTURA DE ALVEOLOS DENTARIOS SANGRANTES

De los 17 casos que aquí se presentan, se trataba de alvéolos dentarios que sangraban abundantemente después de la extracción de la pieza correspondiente, 6 suturas fueron hechas por la enfermera y 11 por el médico. Es necesario hacer notar que la sutura del alvéolo se hacía, como en el caso anterior, cuando la hemorragia persistía a pesar de los tratamientos corrientes.

Edad:

9 de los pacientes pertenecían al sexo femenino y 8 al sexo masculino.

Hospitalización:

3 pacientes ameritaron ingreso, debido a la anemia hemorrágica que presentaban y la hospitalización varió de 1-3 días con un promedio de estancia de 2 días.

En un paciente se puso transfusión de 500 ml. de sangre completa debido a que el paciente presentaba shock hemorrágico. De los pacientes restantes no se reporta otras anormalidades.

FRENECTOMIA SUBLINGUAL

Hubo 8 pacientes a los que se accionó el frenecillo lingual, debido a que éste impedía a la lengua moverse libremente y por lo que las pacientes tenían dificultad para la pronunciación de algunas palabras.

Todos fueron pacientes mayores de dos años, pero menores de 8 años; no se hizo ninguna frenectomía en adultos.

Anestesia:

En un caso se usó anestesia general con Trilene, en los 7 casos restantes no hay reporte anestésico.

Sexo:

5 pacientes pertenecieron al sexo masculino y 3 al sexo femenino. Los 8 casos fueron hechos por el médico.

TOMA DE BIOPSIA

Aquí se incluyen todas aquellas intervenciones de Cirugía Menor que se hicieron con el fin de obtener muestras de tejido o de ganglios, para que fuesen analizados en los laboratorios de Anatomía Patológica y para establecer así, un diagnóstico preciso de la lesión. Se exceptúan las biopsias del cuello uterino y del endometrio, que son revisadas en el capítulo de Cirugía Obstétrica y Ginecológica.

Se registran 43 tomas de biopsia de distintas partes del cuerpo como lo muestra el cuadro siguiente:

C U A D R O No.24

DISTRIBUCION DE 43 BIOPSIAS TOMADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN LOCALIZACION Y SEXO DEL PACIENTE 1963-1967

LUGAR DE LA BIOPSIA	No.Pacientes	Masculinos	Femeninos
Ganglio cervical	16	8	8
Ganglio inguinal	5	2	3
Tumoración del pómulo	3	2	1
Tumoración de la mama	4	-	4
Ulceración pierna izquierda	1	-	1
Labio superior	2	2	0
Tumoración cuero cabelludo	2	0	2
Tumoración pierna cara post.	1	1	0
Ulceración del prepucio	2	2	0
Tumoración del testículo	3	3	0
Tumoración encías	1	0	1
Tumoraciones espalda	2	1	1
Tumoraciones del cuello	1	1	0
TOTALES	43	22	21

Los 16 ganglios cervicales analizados, se reportan en la forma siguiente:

GANGLIOS CERVICALES	No.pacientes	Masculinos	Femeninos
T.B. ganglionar F.C.	8	3	5
Proceso inflamatorio crónico	4	4	0
Metástasis de adeno carcinoma	2	0	2
Enfermedad de Hodgkin	1	1	0
Leucemia linfocítica	1	0	1
TOTALES	16	8	8

El reporte de los 5 ganglios inguinales fué el siguiente:

GANGLIOS INGUINALES	No.Pacientes	Masculinos	Femeninos
T.B.Ganglionar	1	0	1
Linfo granuloma venéreo	2	2	0
Proceso inflamatorio	2	0	2
TOTALES	5	2	3

Las tres biopsias tomadas de tumoraciones del pómulo quedaron reportadas en la forma siguiente:

TUMORACIONES DEL POMULO	No.Pacientes	Masculinos	Femeninos
Carcinoma espino-celular	1	0	1
Melanoma	1	1	0
Nebos pigmentoso	1	1	0
TOTALES	3	2	1

El reporte de las 4 tumoraciones de la mama fué el siguiente:

Fibro adenoma	3
Carcinoma simplex	<u>1</u>
Total	<u>4</u>

La biopsia tomada a una ulceración de la pierna fué reportada como Carcinoma espino-celular grado III.

En las dos biopsias tomadas del labio superior ambas fueron tomadas a pacientes del sexo masculino cuya edad era superior a los 45 años y fueron reportadas como: Carcinoma Espino-Celular.

Las dos muestras de tumoraciones del cuero cabelludo fueron reportadas en la forma siguiente:

Hemangioma cavernoso	1
Quiste sebáceo infectado	<u>1</u>
Total	<u>2</u>

La tumoración extirpada de la cara posterior de la pierna fué reportada como Rabdo miosarcoma.

Las dos biopsias tomadas del prepucio fueron reportadas así:

Hemangioma cavernoso	1
Condiloma acuminado	<u>1</u>
Total	<u>2</u>

Las 3 tumoraciones testiculares fueron reportadas en la forma siguiente:

Seminoma	1
Quiste de retención	1
Linfangioma	<u>1</u>
Total	<u>3</u>

La tumoración de encía fué reportada como Adamantinoma.

La tumoración de la espalda fué reportada como quiste -
 cebáseo infectado. La tumoración del cuello fué reportada co-
 mo Carcinoma vaso celular. De las 43 biopsias tomadas, 22 per-
 tenecían al sexo masculino y 21 al sexo femenino. 12 de estas
 biopsias fueron tomadas por la enfermera y 31 por el médico.

Anestesia:

En 27 se usó anestesia local para su extirpación, en 4
 se usó anestesia general con Pentotal y en 12 no hay reporte
 anestésico.

Morbilidad:

No hay reporte de complicaciones debido a la toma de la
 biopsia.

PUNCIONES PLEURALES

Se reportan 24 punciones pleurales. Es necesario hacer
 notar que éstas 24 punciones pleurales fueron hechas en 20 pa-
 cientes, lo cual indica que hubo pacientes a los que se les hi-
 zo más de una punción.

Todas las punciones se hicieron debido a que, clínicamen-
 te, había sospecha de la presencia de líquido en la cavidad -
 pleural.

Los líquidos obtenidos mostraron distintos aspectos como lo demuestra la tabla siguiente:

Líquido citrino	9
Líquido citrino con grumos	3
Líquido hemorrágico	2
Sangre	4
Líquido quiloso	2
No determinado	1
No se obtuvo líquido	<u>3</u>
Total	<u>24</u>

Todas las punciones fueron hechas por el médico.

Morbilidad:

Sólo en un caso se reporta que, al vaciar la cavidad pleural, el paciente pierde el conocimiento y se pone pálido y sudoroso; fué catalogado como "Lipotimia" habiendo mejorado al inyectarle "Coramina".

Sexo:

De los 24 pacientes, 10 fueron del sexo femenino y 14 del sexo masculino.

En todos se infiltró el punto de punción con anestesia local.

ABDOMINO SINTESIS

Se reportan 36 punciones abdominales y todas éstas fueron para descomprimir el abdomen debido a ascitis a tensión.

Como en el caso anterior, es necesario hacer notar que, las 36 punciones de ascitis fueron hechas en 22 pacientes, lo cual demuestra que hubo pacientes a quienes se puncionaron más de una vez.

El líquido que se obtuvo:

Citrino	26
Xantocrómico con grumos	2
Hemorrágico	2
Xantocrómico	2
No descrito	<u>4</u>
Total	<u>36</u>

La cantidad de líquido extraído varió entre 2 y 6 litros. Las 36 punciones fueron hechas por el médico.

Sexo:

De los 36 pacientes, 27 fueron del sexo masculino y 9 del sexo femenino.

Anestesia:

En todos los casos se usó anestesia local en el punto de la punción.

Morbilidad:

Hay reportados dos casos que presentaron shock inmediatamente después de la punción, a uno de ellos, se le había extraído 3 litros y al otro 5 litros de líquido ascítico.

O T R O S

Los 9 casos que están considerados como "otros" son aquéllos que ameritaron la intervención del médico o de la enfermera; pero que no están reportados en una forma clara, como por ejemplo: la exploración de heridas operatorias para extraer puntos de seda perdidos e infectados, drenaje de pequeños abscesos en heridas operatorias, etc.

De estas intervenciones de cirugía menor, incluidas en "otros" 6 fueron hechas por la enfermera y 3 por el médico.

Sexo:

3 pertenecían al sexo femenino y 6 al sexo masculino

Anestesia:

En 5 de ellos se usó anestesia local.

Intervención Quirúrgica	No.de casos	Hospitales	Promedio de estancia hosp.	Transfusio			USO DE ANTIBIOTICOS		ANESTESIA		Fiebre.	Reg. shock.	Otros	Mortalidad.		
				S	E	X	O	Oral	Parent.	General					Local	
Sutura de heridas	1087	225	3	690	397	0	38	543	5	3	1040	0	84	0	0	0
Drenaje de absces.	471	154	4	299	172	0	0	424	218	147	88	133	-	0	0	1
Ext.cuerpo extraño	165	31	4	99	66	0	0	72	10	15	68	13	2	0	0	0
Extirp.tumores	58	0	0	35	23	0	0	3	0	0	53	0	0	0	0	0
Lav.y curac.oídos	64	0	0	21	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unocectomías	69	0	0	44	25	0	5	18	0	0	69	0	0	0	0	0
Limp.y curac.herid.	42	9	5	25	17	0	5	37	2	3	0	3	0	0	0	0
Limp.y curac.quemad.	53	19	5	19	34	0	0	39	41	1	0	11	0	0	0	1
Amputación dedos	22	5	5	16	6	0	2	16	2	0	20	0	1	0	0	0
Reduc.fracturas	47	21	3	32	15	0	0	11	23	5	12	2	0	0	3	1
Reduc.de luxación	19	8	2	10	9	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	0
Dilatac.uretral	12	12	7	12	0	0	6	0	0	0	0	2	0	0	3	0
Disec.de vena	28	0	0	12	16	0	0	0	0	0	0	28	0	0	1	0
Taponam.nasal	9	1	2	3	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sut.alvéolo de sang.	17	3	2	8	9	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Sec."frenillo"sub.lin.	8	0	0	5	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Toma de biopsia	43	0	0	22	21	0	0	0	4	0	12	0	0	0	0	0
Punción pleural	24	8	2	14	10	0	0	0	0	0	24	0	0	0	1	0
Abdomino síntesis	36	8	4	27	9	0	0	0	0	0	36	0	0	2	0	0
Otros	9	4	0	6	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
TOTALES	2283	508		1399	884	2	56	1163	323	175	1427	192	87	3	8	3

V - R E S U M E N

Del año de 1963, como se dijo anteriormente, sólo se pudo analizar un reducido número de fichas clínicas, de los - pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente, ya que gran parte de éstas habían sido descartadas o estaban incompletas; de los 4 años siguientes, se analizan casi en su totalidad las intervenciones quirúrgicas, ya que a partir de 1964, se encuentran archivadas y ordenadas las fichas clínicas. Sólo se excluyeron del estudio 47 casos quirúrgicos por no estar reportados en la ficha clínica la intervención y, en otros sí, pero en una forma ilegible e incompleta. Los 2745 casos quirúrgicos que se presentan en el estudio, quedan distribuídos en la forma siguiente:

C U A D R O No.26

DISTRIBUCION DE LA CIRUGIA HECHA EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHI
TOTO SEGUN SU AGRUPACION CONVENCIONAL EN AÑOS INDICADOS 1963-1967

	1963	1964	1965	1966	1967	TOTAL
Cirugía Mayor	8	10	16	27	40	101
Cirugía Ginecológica y obstétrica	44	58	82	79	98	361
Cirugía Menor	94	443	471	619	794	2283
TOTAL NUMERO DE CASOS	146	511	569	725	794	2745

ANESTESIA



La anestesia en el Centro de Salud de Suchitoto, está limitada por la falta de equipo adecuado y personal técnico; - por lo que sólo se puede disponer de 5 métodos anestésicos - que son: anestesia local, en la que se usó generalmente xilocaína al 2% o meticaína al 1.5% en infiltración local. Anestesia raquídea o raqueanalgesia, usando como anestésico, pontocaína en dosis de 8-15 mg. diluídos en dextrosa al 10% y algunas veces en líquido cefalorraquídeo por carecer de diluyente apropiado.

Anestesia general, por vía endovenosa con pentotal, diluído al 2.5% en agua destilada o en dextrosa al 5%. Anestesia general, por inhalación, usando éter, por método abierto. Anestesia general, por inhalación, usando trilene en método semiabierto con mascarilla de Syprene.

En los 5 años que abarca el estudio se administraron 2381 anestésicos, como lo demuestra el cuadro siguiente, distribuído por año y tipo de cirugía:

C U A D R O No.27

DISTRIBUCION DE 2398 ANESTESICOS ADMINISTRADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO SEGUN SU TIPO Y CLASE DE CIRUGIA EN QUE FUE EMPLEADA 1963-1967

CIRUGIA	Anest. local	Anest. Raquídea	Anestesia Pent.	Anestesia Tril.	Anestesia Eter	Total No. pacientes
Cirugía Mayor	5	75	0	0	21	101
Cirugía Ginecológica y Obstétrica	17	79	199	26	13	334
Cirugía Menor	1466	0	323	174	0	1963
TOTAL ANESTESIAS	1488	154	522	200	34	2398

ANTIBIOTICOS

Debido a las condiciones desfavorables de asepsia que hay en el Centro de Salud, el uso de antibióticos en los pacientes quirúrgicos, fué bastante frecuente, como lo demuestra el cuadro siguiente:

C U A D R O No.27

USO DE ANTIBIOTICOS SEGUN CLASE DE CIRUGIA 1963 - 1967

	Antibióticos orales	Antibióticos parenterales	Total	%
Cirugía Mayor	6	77	83	82.1
Cirugía Ginecológica y Obstétrica	3	179	182	50.4
Cirugía Menor	56	1227	1283	57.0
TOTAL	65	1483	1548	-

En el cuadro anterior queda demostrado que se usó antibióticos en el 91% de los pacientes de Cirugía Mayor; 50.4 en los pacientes de Cirugía Ginecológica y Obstétrica y 57% de los pacientes de Cirugía Menor.

De los 2745 pacientes que se incluyen en el estudio, a 1548 se les puso antibióticos, lo que equivale al 56.4% del total de pacientes, de los cuales el 2.2% corresponde a pacientes que se les dió antibióticos orales, tratándose casi en su totalidad de tetraciclina y cloranfenicol en cápsulas de 250 mg. c/u, 54.2% a pacientes que se les puso antibióticos por vía parenteral, habiéndose usado casi en su totalidad, penicilina procaínica, que en la mayoría de los casos este antibiótico se puso com-

binado con estreptomycin.

HOSPITALIZACION

De los 2745 pacientes intervenidos quirúrgicamente, 928 fueron hospitalizados, equivalente al 33.8%.

En el cuadro siguiente se muestra el número de hospitalizados por tipo de cirugía y el promedio de estancia hospitalaria.

Tipo de Cirugía	No. pacientes hospitalizados.	% pacientes hospitalizados.	Promedio de estancia hospitalaria.
Cirugía Mayor	101	100	8.5 días
Cirugía Ginecológica y Obstétrica	339	93.9	4.7 "
Cirugía Menor	488	21.2	3.5 "
TOTAL	928	33.8	5.5 días

De los 101 pacientes intervenidos en Cirugía Mayor fueron hospitalizados el 100% - 101 pacientes. De los 361 de Cirugía Ginecológica y Obstétrica el 93.9% - 339 pacientes y de los 2283 - de Cirugía Menor el 21.2% - 488 pacientes.

El promedio total de estancia hospitalaria fué de 5.5 - días por paciente hospitalizado.

T R A N S F U S I O N E S

El uso de transfusiones de sangre completa es relativamente escaso; debido a la dificultad para almacenar sangre, por carecer de un refrigerador especial, por no tener existencia permanente de antígenos para tipos sanguíneos de los donantes y receptores, por no tener en existencia suficiente cantidad de frascos al vacío o bolsas plásticas especiales para sangría y que en el laboratorio no se pueden hacer pruebas de compatibilidad sanguínea por carecer de personal competente.

En total se pusieron 48 transfusiones en los 5 años de estudio, de los cuales: 6 correspondían a pacientes de cirugía mayor, 40 a cirugía ginecológica y 2 a pacientes de cirugía menor. Como puede verse la mayor parte de transfusiones fueron puestas a pacientes de cirugía ginecológica, habiéndose registrado 40 transfusiones puestas a pacientes de este grupo de las cuales 23 (47.9%) del total, correspondían a raspados uterinos que habían presentado hemorragias muy copiosas que ponían en peligro la vida del enfermo.

MORBILIDAD

Las complicaciones operatorias y post-operatorias que se presentaron fueron relativamente pocas, si tomamos en cuenta el medio en que se trabaja. En el cuadro siguiente se muestran las complicaciones más frecuentes que se presentaron, tanto en el momento operatorio como en el post-operatorio.

C U A D R O No.28

COMPLICACIONES PRESENTADAS SEGUN EL TIPO DE CIRUGIA 1963-1967

COMPLICACION	Cirugía Mayor	Cirugía Ginecol. y Obstét.	Cirugía Menor	Total de complicaciones.	%
Fiebre	17	23	192	232	57.3
Infección de región operator.	6	40	87	133	32.9
Shock	2	11	3	16	3.9
Otras	3	13	8	24	5.9
TOTALES	28	87	290	405	100.0

Como puede verse, las complicaciones más frecuentes fueron la fiebre, habiéndose incluido sólo aquellos casos que presentaron elevación térmica mayor de 38°C y que duró más de 24 horas - en el post-operatorio y que además no presentaron otra complicación.

Se observaron 232 pacientes que presentaron esta complicación de los cuales 17 pertenecían a cirugía mayor, 23 a cirugía ginecológica y obstétrica y 192 a pacientes de cirugía menor.

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA

Hubo 133 pacientes que presentaron infección de la región operatoria, 6 pertenecían a cirugía mayor, 40 a cirugía ginecológica y obstétrica y 87 a cirugía menor. De los 40 pacientes de - cirugía ginecológica y obstétrica que presentaron infección de la región operatoria se incluyen:

26 pacientes que se presentaron al Servicio con cuadro de endome

tritis infecciosa aguda y 7 casos de pelviperitonitis post-aborto; 4 de estos 7 casos presentaban ya la pelviperitonitis al momento del ingreso y 3 que el cuadro se desarrolló después de hecho el legrado uterino.

En todos los demás casos restantes, incluyendo los de cirugía mayor y menor se trató de infección de herida operatoria.

S H O C K

18 pacientes presentaron shock, en el pre-operatorio, en el operatorio o en el post-operatorio, caracterizado por presión arterial imperceptible, pulso acelerado y estado general del paciente muy comprometido. 3 de éstos fueron de etiología tóxico-infecciosa y los 15 restantes fué por hemorragia.

2 de estos pacientes pertenecían a Cirugía Mayor

13 a Cirugía Ginecológica y 3 a Cirugía Menor.

O T R O S

En este rubro se incluyen todas aquellas complicaciones que se presentaron en el tiempo operatorio o en el post-operatorio y que no se pueden incluir en los títulos anteriores y en que además no falleció el paciente. Aquí se incluyen 26 casos, de los cuales 3 pertenecían a cirugía mayor, 17 a cirugía ginecológica y obstétrica y 6 a cirugía menor.

En la Cirugía Menor tiene gran participación, en una forma directa, el personal de enfermería, principalmente en suturas de heridas y drenajes de abscesos, como puede verse en el cuadro siguiente:

C U A D R O No. 29

DISTRIBUCION DE LA CIRUGIA MENOR HECHA EN EL CENTRO DE SALUD DE SUCHITOTO DURANTE EL TIEMPO QUE COMPRENDE EL ESTUDIO SEGUN PERSONAL QUE LA ATENDIO (MEDICO O ENFERMERA)

Intervención	Hecha por médico	Hecha por enfermera
Sutura de heridas	405	682
Drenaje de abscesos	306	165
Extracciones cuerpos extraños	109	56
Extirpación de tumores	52	6
Lavado y curación de oídos	59	5
Onicosectomías	27	42
Lavado y curación de heridas	9	33
Lavado y curación de quemaduras	15	38
Amputación de dedos	18	4
Reducción de fracturas	41	6
Reducción de luxaciones	19	0
Dilatación uretral	2	10
Disección de venas	28	0
Taponamiento nasal	4	5
Sutura de alvéolo dentario	11	6
Sección de frenillo sublingual	8	0
Toma de biopsias	31	12
Punción pleural	24	0
Abdominosíntesis	36	0
Otros	3	6
TOTAL	1207	1076

Como puede verse en el cuadro anterior, de los 2283 casos de cirugía menor, el 52.8% fueron hechos por el médico y el 47.2% por la enfermera.

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

- 1 Al Centro de Salud de Suchitoto le hace falta hasta el momento, gran parte de los implementos necesarios para un diagnóstico exacto y para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas con el menor riesgo posible.
- 2 El Centro de Salud ha sido mejorado en los últimos 5 - años tanto con recursos materiales como humanos y suministros, pero aún así no se ha logrado lo suficiente - para satisfacer las demandas como resultado del incremento de la población.
- 3 Las intervenciones de cirugía mayor y gineco-obstétrica, han sido cada año más frecuentes, mientras que las facilidades para éstas no mejoran.
- 4 De la cirugía mayor, la intervención que se presenta - con más frecuencia es la cura de hernias; y ésta es más frecuente en el hombre que en la mujer. En segundo lugar se encuentra la laparotomía explorativa por heridas penetrantes; y el sexo más afectado con este tipo de lesión es el masculino.
De la cirugía ginecológica y obstétrica la más frecuente es el raspado uterino; y el mayor número de complicaciones se observó en pacientes de este grupo.
En segundo lugar por orden de frecuencia se encuentran las esterilizaciones; y en tercer lugar la operación cesárea.
En la cirugía menor la intervención más frecuente es la

sutura de heridas cortantes; y en segundo lugar se encuentra el drenaje de abscesos. Esta es causa de la -
afluencia a este servicio de pacientes del área rural.

- 5 En la cirugía mayor y gineco-obstétrica la anestesia-
más usada es la raquianalgésia y la anestesia por vía
endovenosa con pentotal.

Morbilidad

- 6 La morbilidad de la cirugía mayor fué el 27.7% de los
pacientes intervenidos, incluyendo fiebre mayor de -
38°C que duró por más de 24 horas; y que no hubo otra
complicación, 17 casos. Infección de región operatoria,
6 casos. Shock sin especificar causa, 2 casos; y otras
complicaciones no determinadas, 3 casos.

La morbilidad de la cirugía ginecológica y obstétrica
fué de 24.1%; es decir, que el 24.1% de las pacientes
pertenecientes a este grupo presentaron complicaciones
en el post-operatorio o durante el acto operatorio.

En la cirugía menor 290 pacientes presentaron complicaci
ciones, lo que equivale al 12.7%.

Mortalidad:

- 7 La mortalidad fué relativamente baja si tomamos en cuenta
las dificultades que hay que vencer debido a la es-
casez de equipo, inexperiencia del personal, métodos a-
nestésicos no adecuados, etc.

De los 101 pacientes intervenidos por cirugía mayor fa-
llecieron 3, o sea el 2.9%. De los 361 pacientes que forma
man el grupo de cirugía ginecológica y obstétrica falle-

cieron 2, ó sea el 0.6% y, de los 2283 pacientes de cirugía menor fallecieron 3, lo que dá una mortalidad del 0.1%.

8 El uso de antibióticos fué muy frecuente, ya que de los 2745 pacientes que comprende el estudio se dió antibióticos a 1548 de ellos, lo que representa el 56.3%; la vía más empleada fué la parenteral, 1483 - pacientes recibieron antibióticos por esta vía, mientras que por vía oral sólo se encuentran 65 casos.

9 De los 2745 pacientes que comprende el estudio, sólo a 48 se les hizo transfusión de sangre completa de los cuales 6 correspondían a cirugía mayor, 40 a cirugía ginecológica y obstétrica y 2 a cirugía menor.

VII - R E C O M E N D A C I O N E S

- 1 Es necesario que el Centro de Salud de Suchitoto, como todos los demás Centros de Salud de la República, sean equipados con mejor y mayor cantidad de material quirúrgico, para facilitar así la resolución en una forma más segura, los problemas quirúrgicos que se presentan.
- 2 Hacer revisión de los quirófanos que funcionan en estos servicios, por las autoridades superiores, por lo menos una vez por año, para darse cuenta así de las dificultades con que se tropieza cada vez que se intenta una intervención quirúrgica y tratar de subsanarlas mediante la mejora de los servicios.
- 3 Promover una mejor coordinación entre los centros de salud y hospitales tanto generales como especializados para facilitar así las referencias de los pacientes a estos centros.
- 4 Se excita a las autoridades de la Escuela de Medicina y principalmente a los profesores de cirugía, hacer hincapié en la cirugía de emergencia y obstétrica, tanto en la práctica como en la teoría.
- 5 Debido a que en estos Servicios se carece de técnicos anestésistas, es necesario adiestrar en este campo y en una forma más efectiva a los estudiantes de los últimos años, haciendo énfasis en la anestesia raquídea y local, ya que son éstos dos métodos los más utilizados.

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

- 1 BARILLAS VALDIVIESO, C. Cirugía en el Centro de Salud de Santiago de María. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1966. 85 p. (Tesis doctoral)
- 2 DAVIS, CH. Tratado de patología quirúrgica. Séptima Ed. Interamericana. 1960.
- 3 GAMERO ORELLANA, A. Mortalidad y Morbilidad en - Cirugía abdominal y torácica. Arch.Col. Méd. El Salvador. 20: 1-10, 1967.
- 4 INTERIANO, M.F. Cirugía Abdominal electiva y de urgencia en el Centro de Salud de la - Unión. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1966. 62 p. (Tesis doctoral mimeografiada).
- 5 LOPEZ BELTRAN, J.F. Estudio de la natalidad, mortalidad y morbilidad en Suchitoto. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. 60 p. (Tesis doctoral).
- 6 LARDE Y LARIN, J. El Salvador: historia de sus - pueblos, villas y ciudades. Departamento Editorial del Ministerio de Cultura. Ed. 1957.
- 7 QUIÑONEZ, M.A. Información personal sobre la fundación del Centro de Salud de Suchitoto.