

T  
617  
R. G. 262  
1763  
T. M. D.  
F. S. L.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



# EXPERIENCIAS QUIRURGICAS

En un Año de Servicio Social en la Ciudad  
de Cojutepeque

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

**OSCAR RODRIGUEZ OCAMPO**

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

AGOSTO DE 1963



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA

Secretario General:

LIC. MARIO FLORES MACALL

FACULTAD DE MEDICINA

Decanos

DR. JOSE VICENTE AREVALO.

Secretario:

DR. ALBERTO MORALES RODRIGUEZ.

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Roberto Orellana V.  
Dr. Ricardo Burgos  
Dr. Antonio Mateu Lloret.

CLINICA MEDICA:

Dr. José Benjamín Mancía  
Dr. José Simón Basagoitia  
Dr. Miguel Parada Castro.

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Fernando Alvarado Piza  
Dr. Alejandro Gamero Orellana  
Dr. Nasif Juan Hasbún.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: Dr. Nasif Juan Hasbún  
PRIMER VOCAL: Dr. Daniel Olivares  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Ricardo Hernández Suárez.

D E D I C A T O R I A

A MIS QUERIDOS PADRES:

Doctor Oscar Rodríguez Arce

y

Doña Daisy Ocampo de Rodríguez

A quienes debo mi triunfo.

A MI ESPOSA:

Doña Milagro Alvarado de Rodríguez

A MIS HERMANOS:

Alvaro

María Ester

Jorge Arturo

Hernán.

A MI TIO:

Doctor Claudio Rodríguez Arce.

P L A N   D E   T R A B A J O

CAPITULO	I	INTRODUCCION.-
CAPITULO	II	CAMPO DE TRABAJO.-
CAPITULO	III	SISTEMA Y CONDICIONES DE TRABAJO.-
CAPITULO	IV	TRABAJO QUIRURGICO.-
CAPITULO	V	REVISION DE ALGUNOS CASOS.-
CAPITULO	VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

El presente trabajo no lleva el propósito de presentar nuevas técnicas, ni el de analizar gran número de intervenciones de alta cirugía y los resultados de las mismas. Por el contrario, analizaré unas pocas intervenciones, sencillas todas y llevadas a cabo con técnicas clásicas.

Tiene por objeto primordial, analizar las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en un año de Servicio Social, tratando de establecer qué es lo que todo estudiante en ese año puede y debe realizar, en cuanto a cirugía se refiere, dadas las condiciones del centro en donde realiza su servicio.

Durante los estudios de Medicina se recibe determinado número de clases teóricas y una práctica "aparentemente" extensa; son muchas las heridas que se suturan y gran cantidad de operaciones en las que se participa como primero o segundo ayudante; al extremo de que en los últimos años de la carrera, ya no queremos asistir como simples ayudantes. Algunas veces se tiene el halago de poder cerrar la herida operatoria. En pocos casos, un alumno interesado, logra que el cirujano le permita realizar la intervención, pero nunca se ha establecido cuáles son las intervenciones que un estudiante debe estar capacitado para realizar cuando comienza su año de Servicio Social y, que las haya realizado sistemáticamente - antes de comenzar esa labor en un pueblo.

En la actualidad se nos presentan dos situaciones bien conocidas: Una de ellas es que al presentárenos una intervención de urgencia, cesárea, apendicectomía, etc. nos decidamos a realizarla, en el camino se tiembla y se suda, pues estamos generalmente solo con la ayuda de una enfermera, recordamos lo fácil que nos parecía la intervención cuando la realizaba otro y le estábamos ayudando, pero como nunca la habíamos realizado no se aprendió bien; desde luego que en algu

nas ocasiones, los resultados no son nada favorables para el paciente.

Una segunda situación, también frecuente, es que no se realice ninguna intervención, eso explica que buen número de salas de operaciones en hospitales rurales hayan pasado largos años sin rendir el fruto que de ellas se espera.

Desde luego, no se pretende que la Escuela de Medicina forme cirujanos hábiles, de ninguna manera, se pretende que, en vez de memorizar muchas y complicadas operaciones, se enseñen prácticamente unas pocas y sencillas.

El presente trabajo, al analizar la labor quirúrgica de un año, comparado con los anteriores, pretende que el Centro de Salud de Cojutepeque sea mejorado en la rama quirúrgica, para que así la comunidad obtenga de él mejores beneficios.

Al mismo tiempo y con trabajos similares, puede ayudar a nuestras autoridades universitarias, a establecer un mínimo de intervenciones quirúrgicas, tanto de urgencia como electivas, que el estudiante en su Servicio Social, deba estar capacitado para realizar.

CAPITULO II

C A M P O   D E   T R A B A J O

Descripción geográfica del Departamento de Guzcatlán.

Está situado en la zona central de la República, integrado por los distritos de Cojutepeque y Suchitoto. El primero de ellos, comprende los municipios de: Cojutepeque, cabecera distrital y departamental, San Pedro Perulapán, Tenancingo, San Rafael Cedros, Candelaria, Monte San Juan, El Carmen, Analquito, Santa Cruz Michapa, San Bartolomé Perulapán, San Ramón, y El Rosario. El segundo, - Suchitoto, que es cabecera distrital: San José Guayabal y Oratorio de Concepción.

Tiene una extensión de aproximadamente 732.08 kilómetros cuadrados; sus límites jurisdiccionales son: Al Norte con el Departamento de Chalatenango, al Sur La Paz, al Este con Cabañas y San Vicente, al Oeste con San Salvador.

La población hasta 1961 según el Tercer Censo Nacional de Población, arrojó los siguientes datos:

DEPARTAMENTO DE GUZCATLAN

T O T A L			U R B A N A			R U R A L		
Ambos Sexos	Masculino	Femenino	Ambos Sexos	Masculino	Femenino	Ambos Sexos	Masculino	Femenino
113.042	55.376	57.666	26.766	12.201	14.565	86.276	43.175	43.101

MUNICIPIO DE COJUTEPEQUE

T O T A L			U R B A N A			R U R A L		
Ambos Sexos	Masculino	Femenino	Ambos Sexos	Masculino	Femenino	Ambos Sexos	Masculino	Femenino
18.347	8,510	9.837	11.415	5.107	6.308	6.932	3.403	3,529

Primero existió un hospital, cuya fecha de fundación se ignora; pero existe un documento con fecha 10 de Junio de 1895, firmado por el entonces presidente de la junta del hospital, en donde se asegura que: El Presidente del Poder Ejecutivo, acordó donar mil colones para la reconstrucción del hospital, que se encon-



traba en malas condiciones.

Antes del año de 1955 el hospital y la Unidad de Salud estuvieron separados; pero en esa fecha se construyó junto al viejo edificio, uno nuevo, con la ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública; se unió entonces el Hospital y la Unidad de Salud, constituyéndose en Centro de Salud, y como tal funciona hasta el presente.

El Centro consta de cuarenta y cinco camas distribuidas en la forma siguiente:

Medicina y Cirugía hombres.....	18 camas.
Medicina y Cirugía mujeres.....	14 camas.
Ginecología y Obstetricia.....	11 camas.
Pensión.....	2 camas.

En la parte nueva, se encuentran los siguientes servicios: Consultorio Externo, con tres divisiones, en cada una de las cuales da consulta un médico. La sala de pequeña cirugía y curaciones, la cual cuenta con un equipo bastante escaso, al extremo de que cuando se presentan varios heridos hay que esterilizar varias veces el instrumental; este último se encuentra bastante deteriorado. La Dirección General de Sanidad suministra poco material quirúrgico, de manera que cuando se terminaba había que conseguir en el Hospital Rosales dicho material quirúrgico para continuar con el trabajo.

Seguidamente se encuentra la sala de espera, que cuenta con unas bancas, insuficientes, tiene una división poco funcional, en donde se toman los signos vitales a los pacientes de consulta general. En la misma sala se encuentra el archivo, cuyo mobiliario es muy escaso.

El gabinete dental, ocupa un pequeño cuarto, el equipo es también escaso y

la mayor parte del trabajo se limita a extracciones. En el laboratorio se realizan solamente: Hemograma, gota gruesa, exámenes generales de heces y orina, tipo sanguíneo, antígenos febriles y últimamente glucosa en sangre.

Hay un quirófano regularmente equipado, cuenta con una buena mesa de operaciones, un aparato de anestesia, un resucitador, los dos últimos aparatos se han usado en muy pocas oportunidades, en primer lugar no se cuenta con personal entrenado para su manejo, en segundo, la Dirección General de Sanidad casi nunca envía gases. Existe además un aspirador eléctrico recientemente donado por la Cruz Roja; hay una lámpara un tanto deficiente. El instrumental quirúrgico, escaso pero en buenas condiciones; con él se pueden realizar, sobre todo, intervenciones abdominales, pero, por lo escaso del mismo, no se pueden realizar dos intervenciones consecutivas. Otro material quirúrgico como hilos de sutura, agujas, drenes, desinfectantes, etc. también es muy escaso, y lo suministran en pocas ocasiones.

La sala de partos y ginecología es amplia y cuenta con regular cantidad de material, el necesario para aplicación de fórceps, toma de biopsia de cuello, etc. La farmacia cuenta con reducido número de medicinas; para formar una mejor idea diremos que en un año, se contó con antibelmánticos durante dos meses, en otras ocasiones no hemos contado con ningún analgésico, no se tienen polivitamínicos y sólo esporádicamente se cuenta con antibióticos de amplio espectro.

Finalmente, el nuevo edificio cuenta con un cuarto para el médico interno, otro para la oficina de saneamiento, y el que ocupa la Dirección y Administración que es uno solo. Cabe señalar que, pese a lo reciente de esta construcción, ya se encuentra deteriorada, sobre todo el techo, que deja filtrar el agua llovida a todo el edificio.

La construcción vieja tiene los servicios para los pacientes asilados, los cuales son poco higiénicos y reducidos, la pensión reúne semejantes condiciones. Hay una bodega, tres cuartos para el alojamiento del personal de enfermería, un comedor común para todo el personal, cocina y un servicio de lavandería.

### CAPITULO III

#### SISTEMA Y CONDICIONES DE TRABAJO

El Centro de Salud cuenta con tres médicos que trabajan en la forma siguiente: Un director médico que tiene a su cargo la mayor parte de medicina preventiva; en forma voluntaria da diariamente algunas consultas asistenciales; tiene a su cargo los servicios de maternidad, medicina y cirugía mujeres, por lo que pasa visita días alternos. Finalmente, tiene a su cargo la Sanidad local y la parte administrativa del Centro.

Hay un médico asistente, el cual llega al Centro tres veces por semana, pasando visita por el servicio de medicina y cirugía hombres, también da 15 consultas asistenciales en días alternos.

Hay una plaza para médico interno, servida generalmente por un estudiante en Servicio Social, que fue el puesto que me tocó desempeñar. Por la mañana se daban veinte consultas asistenciales, un día para adultos y otro para niños. Por la tarde estaban programadas diez consultas de pre-natal. Cuando no se llena el cupo que es lo frecuente, se completa con consultas asistenciales. Se tenía que atender las emergencias durante las 24 horas del día, predominando en éstas la de tipo quirúrgico, la mayoría eran heridas de machete. En forma voluntaria se atendía la mitad de los servicios de: Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía Hombres y Medicina y Cirugía Mujeres.

Los turnos de fin de semana se repartían con el Director, y se hicieron en forma alterna.

Mientras hice mi Servicio Social, el reglamento permitía ejercer la profesión en las horas libres, con lo cual, a mi juicio, se le restaba dedicación a los pacientes hospitalizados, pero esta última disposición ha sido modificada, de modo que, en la actualidad el estudiante está a tiempo completo. Es obligato-

rio vivir en el Centro para mejor atención de las emergencias.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas antes de comenzar mi Servicio Social, fueron muy pocas, en esa rama de la cirugía, casi no se había realizado nada, excepto en el año 1959 en que estuvo algunos meses como médico interno un cirujano con buen entrenamiento en el Hospital Rosales, en esa época se realizaron apendicectomías, cura de hernias, cesáreas y otras intervenciones, pasada esa época no se volvió a trabajar en cirugía.

Al iniciar el trabajo quirúrgico tropecé con múltiples dificultades, algunas se pudieron llegar a solucionar, otras no. Para comenzar a enumerar algunos problemas, diremos que generalmente por las tardes el Centro no cuenta con agua, teniendo que recurrirse a la ayuda de otra persona para que por medio de una vasija nos sirviera el agua para el lavado de manos; otra seria dificultad, sobre todo en las noches de invierno en que llueve con mucha frecuencia, es que cuando hay una tormenta se suspende el servicio eléctrico de toda la población.

El personal de enfermería al principio ofrecía dificultades por la falta de entrenamiento, pero es digno de mencionarse que en poco tiempo y gracias a un espíritu de superación, llegó a desempeñarse en forma muy satisfactoria. Fue el personal de auxiliares de enfermería, el que por falta de un entrenamiento adecuado, no llegó a prestar un buen servicio y algunas veces ocasionaba serias tardanzas en la realización del trabajo.

También tuvimos que adquirir algún material quirúrgico indispensable, como mascarilla para administrar éter abierto, compresas, anestésicos, etc. de estos últimos tuvimos que obtener algunas ampollas de Pontocaína, en el Hospital Rosales, pues Sanidad solamente en una oportunidad nos suministró seis ampollas.

Uno de los problemas más serios y más difíciles de superar, fue la parte de

la anestesia; al principio contamos con la ayuda de un anestesista del Hospital Rosales, quien nos dió al principio algunas anestias y nos entrenó al personal de enfermería. En otras oportunidades el cirujano comenzaba la anestesia y luego era continuada por una enfermera.

Tiene interés señalar la importancia de que las clases teóricas de anestesiología, impartidas en la Escuela de Medicina, se acompañan de buen número de prácticas, que en definitiva son las que nos van a servir en nuestro año de Servicio Social.

Las mayores dificultades en nuestro trabajo rural, lo constituyen los problemas quirúrgicos, de donde se desprende el interés de un mejor entrenamiento, al respecto debe mencionarse que el Departamento de Cirugía de nuestra Escuela se encuentra en un plan de constante superación.

Es indispensable que el Centro de Salud de Cojutepeque, realice constantemente cirugía electiva, pues el número de habitantes a quienes presta sus servicios, es muy numeroso; además con éso estará contribuyendo a descongestionar el trabajo quirúrgico de los hospitales centrales de la República.

CAPITULO IV

T R A B A J O    Q U I R U R G I C O

Durante mi Servicio Social tuve la oportunidad de realizar 309 intervenciones, tanto electivas como de emergencia. Están distribuidas en la forma siguiente:

Suturas de heridas	106
Legrados uterinos	70
Biopsias	55
Aplicación de fórceps bajo	12
Circuncisiones	4
Amputación de dedos	4
Extirpación de quistes	11
Extracción manual de placenta	5
Reducción de fracturas	4
Mastectomía simple	1
Cura de hernia inguinal estrangulada	1
Cura de hernia inguinal no estrangulada	5
Cura de hernia crural	5
Cura de hernia umbilical	10
Apendicectomías	2
Cesárea	1
Colpoperineorrafia anterior y posterior	1
Laparotomía por herida penetrante del abdomen	2
Total:	<u>309</u>

Heridas:

La mayor parte del trabajo quirúrgico lo constituyeron las heridas, causadas la mayor parte de veces por machete; de todas ellas hay doce que he catalogado

gado como graves, me refiero a aquellas en las que hubo lesión de ciertos órganos como: Nervios, grandes vasos, músculos, tendones, huesos y articulaciones. - En los casos de heridas graves, era frecuente que el paciente se presentara al Centro cuando ya habían transcurrido varias horas, generalmente llegaban al borde del shock y con numerosas secciones tendinosas, que ya no se podían reparar por encontrarse infectadas. Esto se debe generalmente, a que son pacientes que viven en cantones retirados de Cojutspeque, a eso debe agregarse que no los trasladan a un centro asistencial mientras no los haya reconocido el forense o autoridad local, trámite en el que se pierden muchas horas.

En la mayoría de casos la anestesia usada fue local; en unos pocos tuvo que recurrirse a la anestesia general con éter. Se le concedió gran importancia a la asepsia, en todos los casos se procedió a una estricta limpieza con agua y jabón, las bondades de este procedimiento, a veces tedioso, son grandes pues disminuye enormemente la posibilidad de infección.

Un problema serio lo constituyen los heridos que llegan en shock hemorrágico, dado que el Centro carece de Banco de Sangre; la mayoría de esos pacientes son traídos por parientes o amigos que se niegan a donar sangre o no están en condiciones de hacerlo; en tales casos hemos usado substitutos del plasma tipo dextran.

Legrados por aborto incompleto:

Ocupan un lugar importante en cuanto a frecuencia, sobre todo si tomamos en cuenta que buen número de ellos son provocados.

Casi todos fueron realizados bajo anestesia general con barbitúricos de acción ultra corta, unos pocos con bloqueo cervical; no hubo necesidad de referir ningún caso al Hospital de Maternidad, ni se presentó complicación alguna.

Biopsias:

La mayoría fueron realizadas en niños con adenopatías cervicales, más -



del 90% resultaron positivas a tuberculosis; este trabajo resultó algo desalenta dor, pues la Sanidad en esa época no daba tratamiento para tuberculosis ganglio- nar. También se hicieron biopsias de cuello uterino, y tuvimos la satisfacción - de poder diagnosticar algunos carcinomas en sus primeras fases. Se realizaron -- cincuenta y cinco biopsias, lo cual es todavía un número bastante bajo, es de es perar que en el futuro aumenten, sobre todo las de cuello uterino, cuyos benefi- cios son indiscutibles.

#### Fórceps:

Se realizaron doce aplicaciones de fórceps bajo, todos ellos con aneste- sia por medio de bloqueo de pudendos, no se tuvo ninguna complicación materna ni infantil.

Actualmente la atención dada a las parturientas se encuentra muy deficiente, en parte debido al excesivo trabajo para un solo médico, la mayoría de ellas son atendidas por las auxiliares de enfermería, unas pocas por las enfermeras gradu das, y menos aún por el médico interno. Es conveniente que en el futuro el médi- co interno asista todos los partos de primigestas, quedando a cargo de las enfer- meras la atención de los partos normales en multíparas.

#### Circuncisión:

Se realizaron cuatro: Dos en niños y dos en adultos, en todos exis- tía marcada fimosis, que en los niños dificultaba la micción y en los adultos se presentaban balanitis a repetición. Fueron realizadas con anestesia general con buenos resultados.

#### Amputaciones:

Fueron todas ellas en dedos de miembros superiores previamente daña dos por alguna violencia. Se realizaron con anestesia local. Se presentaron va--

rios casos que requerían amputación de la mano, pero no se pudieron realizar por carecer del equipo adecuado.

#### Extirpación de quistes:

La mayoría fueron de tipo sebáceo, una tercera parte, --- quistes sinoviales, los cuales ofrecen mayor dificultad técnica para su extirpación, en éstos se observó una recidiva.

#### Extracción manual de placenta:

Se presentaron cinco retenciones de placenta, que fueron extraídas con anestesia general de éter, previa inyección de medio milí--gramo de atropina por vía intramuscular; no se presentó ningún accidente.

#### Fracturas:

Se redujeron dos fracturas del tercio inferior del cúbito y radio y -- dos de la clavícula. Hay algunas fracturas que a causa de su gravedad tienen que mandarse forzosamente al Hospital Rosales; pero un número apreciable de ellas, - que podrían ser atendidas en el Centro, nos vemos obligados a referirlas a San - Salvador, por falta de un equipo de radiografías, que nos oriente en el diagnós--tico y evolución del caso.

#### Hernias:

Nuestro trabajo quirúrgico comenzó realizando curas de hernias umbilica--les, generalmente en niños. Los anestésicos usados fueron: Eter abierto y aneste--sia local. En todos se practicó incisión infra-umbilical, disección del saco, a--bertura y sección del mismo, el orificio herniario se reparó con puntos separa--dos de seda dos ceros en la aponeurosis de los rectos, el ombligo se fijó a la a--poneurosis con cátagut simple.

En el siguiente cuadro se presentan las curas de hernias realizadas.

<u>Archivo</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Anestesia</u>	<u>Evolución</u>
11959	F.	6 meses	Eter abierto	Buena
2524	M.	5 años	Eter abierto	Buena
4849	F.	14 meses	Eter abierto	Buena
7218	F.	30 meses	Eter ciclopropano	Buena
8858	F.	41 años	Local	Buena
7748	M.	9 meses	Local	Buena
1777	F.	9 meses	Eter abierto	Buena
10931	F.	25 años	Eter abierto	Buena
9972	F.	50 años	Local	Buena
Extraviado	F.	7 meses	Local	Buena

El cuadro muestra predominio de niños y lactantes del sexo femenino; no se presentó ningún accidente anestésico ni operatorio.

CAPITULO V

REVISION DE ALGUNOS CASOS.

Caso # 1.-

Himen imperforado. M. de A. Sexo: Femenino. Edad: 20 años. Origen: Ilobasco.

Oficios domésticos. Archivo: 11068.

Consultó por: Dolor de estómago.

Historia:

Refirió la paciente que desde hacía cuatro años padecía de dolor tipo cólico, localizado al hipogástrico, el referido dolor se presentaba cada mes y su intensidad era cada vez mayor. Cuatro días antes de la consulta se presentó nuevamente el dolor, pero esta vez con mucha severidad, en forma tal que no podía estarse quieta y la hacía gritar.

Antecedentes: Sin importancia. Historia menstrual y ginecológica: Casada desde hacía un año, nunca había menstruado ni ha estado embarazada.

Examen físico: T. 37°C. P: 80. T.A. 100/60.

Se encontró a una adulta joven, bien constituida, quejumbrosa. Cabeza y cuello negativos. Pulmonar y respiratorio: negativos. Abdomen: difusamente doloroso, se palpó una tumoración hipogástrica que parecía corresponder a un útero gestante de unos cuatro meses, era dolorosa a la palpación.

Examen ginecológico: Haciendo protrusión en los genitales externos se encontró una tumoración renitente y blanquecina.

Se diagnosticó himen imperforado, se trasladó a la sala de operaciones y -- con anestesia local se practicó himenectomía, saliendo de inmediato y a gran presión, 2500 cc. de sangre negra y fétida, de inmediato se calmó el dolor y redujo la tumoración; al examen ginecológico se encontró el cuello uterino dilatado 3 cms., el útero estaba moderadamente aumentado de tamaño. La cicatrización fue nor

mal. Se dió de alta al cuarto día de operada. Se Controló transcurrido un mes, ya había presentado una regla normal, al examen se encontró una buena cicatrización, el cuello uterino se encontró cerrado y el útero era de tamaño normal.

Comentarios:

El caso anterior se trata de una anomalía congénita poco frecuente, - su diagnóstico y tratamiento ofrecen poca dificultad. Llama la atención, que la paciente soportara durante mucho tiempo un cuadro tan doloroso antes de consultar.

Caso # 2.-

Herida penetrante del abdomen. G. U. D. Sexo: Masculino. Edad: 36 años. Origen: Cojutepeque. Oficio: Jornalero. Archivo: 12431.

Consultó por: Herida del estómago.

Historia:

Cuatro horas antes de la consulta fue herido en el abdomen con arma --- corto-punzante, presentó moderado dolor y escasa hemorragia.

Examen físico: P: 80. T. A. 120/70. Resp.: 17.

Se encontró un adulto de mediana edad, regularmente constituido. Cabeza y - cuello: negativos. Pulmonar y corazón: negativos. Abdomen: blando y depresible, en el epigastrio se encontró una herida corto-punzante de un centímetro de longitud. La herida fue explorada con anestesia local y se encontró que era penetrante, por lo cual se decidió practicarle una laparotomía exploradora.

Anestesia: Pentotal éter.

Descripción de la técnica operatoria:

Se hizo laparotomía media supra-umbilical, se llegó por planos a la cavidad abdominal en donde se encontró moderada cantidad de sangre parcialmente coagulada. Se encontró también una herida de 1 cm. en

el epiplón mayor, la cual fue suturada. Al explorar las vísceras se encontró, en el colon transversal, una herida de 1 cm., que lesionaba la serosa y muscularis, fue suturada en bolsa de tabaco con crómico y seda intestinales. El resto de las vísceras no presentaba ninguna otra lesión.

La herida operatoria fue suturada en cuatro planos sin dejar dreno.

El paciente evolucionó en forma satisfactoria, en las primeras veinticuatro horas no se dió nada por boca, administrándosele tres litros de soluciones hidroelectrolíticas, al cabo de las cuales realizó una cámara y entonces se comenzó a dar dieta líquida. Se le administró Penicilina Procaínica en dosis de 800000 u. diarias por vía intramuscular. Fue movilizado a las 24 horas. Al cuarto día de haber sido intervenido fue dado de alta en buenas condiciones.

Comentario:

El caso anterior es de especial interés en nuestra patología quirúrgica por su elevada frecuencia, en estos casos, la exploración se tiene que realizar minuciosamente para establecer un diagnóstico correcto, es decir, establecer si la herida es o no penetrante; teniendo que recurrirse en algunos casos a la anestesia general, de lo contrario se expone al paciente a graves consecuencias. Es frecuente encontrar pequeñas heridas corto-punzantes que ocasionan serias lesiones internas, de ahí que toda herida penetrante del abdomen requiera una laparotomía exploradora.

Un serio problema que se presenta en pacientes con este tipo de heridas sobre todo en el medio rural, es que ellos no comprenden cómo una pequeña herida que de momento no les ocasiona mayores molestias, necesite como tratamiento una intervención quirúrgica, de ahí que con frecuencia no la acepten; se necesita mucha paciencia para hacerlos comprender las bondades del tratamiento propuesto.

Se realizaron solamente dos laparotomías por heridas penetrantes del abdo--

men, desde luego el número de casos que se presentaron fue mucho mayor, pero las dificultades que tuve en los primeros meses de mi Servicio Social no me permitieron realizarlas, y esos casos fueron referidos al Hospital Rosales. En la actualidad ya se está en condiciones de explorar la mayoría de heridas penetrantes -- que se presenten.

Caso # 3.-

Hernia umbilical estrangulada. T. de D. Sexo: Femenino. Edad: 50 años. Origen: - Santo Domingo, Departamento de San Vicente. Oficios domésticos. Archivo: 9972. Consultó por: Dolor de estómago.

Historia:

Refirió la paciente que desde hacía varios años le comenzó una tumoración en la región umbilical, que aumentó progresivamente de tamaño hasta llegar a ser como un limón, dicha tumoración era reductible. El día de la consulta, le comenzó dolor intenso sin irradiación, a nivel del ombligo, era de tipo continuo; tuvo náuseas pero no vómitos, realizó una cámara normal y expulsó gases.

Antecedentes patológicos: Sin importancia. Historia obstétrica y ginecológica: - Menarquia a los 13 años tipo 30 x 4, no dolorosa. Grávida 5, para 3, dos abortos. F. U. R. : 10 días antes de la consulta.

Examen físico: P: 80. T. 37. T. A.: 100/70.

Se encontró una adulta vieja moderadamente obesa, quejumbrosa. Cabeza y cuello: negativos. Pulmonar y cardiovascular: negativos. Abdomen blando y depresible, ligeramente doloroso; se encontró hernia umbilical de unos 8 cms. de diámetro, dolorosa a la palpación e irreductible. Examen ginecológico negativo.

Con el diagnóstico de hernia umbilical encarcerada se trasladó a la sala de operaciones para ser intervenida, fue premedicada con Demerol y Liranol. Anestesia: Local.

Descripción de la técnica operatoria:

Se practicó incisión infra-umbilical, se llegó al saco herniario y se disecó, al abrirlo se encontró que tenía epiplón necrosado y líquido sanguinolento, también se encontraron múltiples adherencias del epiplón al saco herniario. El epiplón fue extirpado previa ligadura por transfixión con cátagut simple. Se extirpó el saco herniario y fue ligado. El anillo herniario tenía unos 8 cms. de diámetro, fue reparado con puntos separados de seda dos ceros, de modo que la aponeurosis de los músculos rectos quedara traslapada (según técnica de Mayo). Finalmente se reconstruyó el ombligo y se suturó la piel con seda.

La evolución fue satisfactoria, a las 8 horas se dieron líquidos por vía oral y fue movilizada. Se dió de alta al cuarto día de operada en buenas condiciones.

Comentario:

La hernia umbilical constituye un motivo frecuente de consulta quirúrgica. Dadas sus características anatomopatológicas, la incarceration y estrangulación son menos frecuentes, en comparación a otro tipo de hernia, no obstante cuando se presenta constituye una verdadera urgencia quirúrgica que amerita intervención inmediata.

Caso # 4.-

Distocia uterina por fibroma cervical sub-mucoso. R. de T. Sexo: Femenino. Edad: 37 años. Origen: El Rosario Cuzcatlán. Archivo: No tiene. Oficios domésticos.

Consulta por: Dolores de parto.

Historia:

Refirió la paciente que veinticuatro horas antes de la consulta le comenzaron dolores de parto, inicialmente suaves, pero en las últimas doce horas -



se presentaban cada dos minutos, con una duración de un minuto. Historia obstétrica: Grávida 4, para 2, abortos 1, hijos vivos 2, F. U. R. no recordaba.

Examen físico: T: 37. P: 90. T.A.: 110/70.'

Se encontró una adulta de mediana edad en franco trabajo de parto. Cabeza y cuello: negativos. Pulmonar y cardiovascular: negativos.

Altura uterina :	34 cent.	Membranas :	íntegras.
Presentación :	cefálica	Estación :	flotante.
Posición :	O A I	Foco :	regular.
Dilatación :	6 cent.		

Se encontró un franco anillo de retracción patológica, que se podía observar a simple vista. Los dolores de parto se presentaban cada dos minutos con una duración de unos cuarenta y cinco segundos.

Al practicarle examen vaginal estéril, se encontró el cuello uterino dilatado seis centímetros, de consistencia rígida; ocluyendo el orificio cervical externo se encontró una tumoración dura de color nacarado, que se encontraba completamente fija no permitiendo ni la penetración de un dedo.

El caso fue catalogado como una distocia de partes blandas, por fibroma cervical subseroso, y amenaza de ruptura uterina. Por tal motivo, fue trasladada a la sala de operaciones para practicarle una cesárea. Anestesia: Raquídea.

Descripción de la técnica operatoria:

Se hizo laparotomía media infra-umbilical, se llegó por planos a la cavidad abdominal, se encontró útero gestante con formación de anillo de retracción patológica. Se intentó realizar cesárea cervical baja, pero la tumoración se encontraba en esa zona y temiendo una hemorragia, se optó por realizar una cesárea clásica; se extrajo feto masculino que lloró al nacer.

Se exploró el canal cervical encontrándose una tumorción de unos 15 cms, - de diámetro, que ocluía todo el canal cervical.

Se procedió luego a suturar el útero en tres planos y la pared abdominal en cuatro.

El post operatorio transcurrió sin ninguna anomalía, en las primeras veinticuatro horas se administraron líquidos y electrolitos por vía endovenosa al cabo de las cuales se auscultó peristaltismo, entonces se comenzó a dar dieta líquida. Fue movilizada a las veinticuatro horas.

Fue dada de alta al quinto día de intervenida en buenas condiciones, se hizo otro control transcurridos quince días, se encontró en buenas condiciones y se - refirió al Hospital de Maternidad.

Comentario:

El caso anterior constituyó una verdadera emergencia quirúrgica, que necesitó tratamiento inmediato, de lo contrario se hubiera llegado a una ruptura uterina con fatales consecuencias. Este es uno de los casos que todo estudiante en Servicio Social debe estar en condiciones de poder resolver.

Las distocias por tumores del canal del parto oscilan entre el 0.1% y el -- 0.6%; debe pensarse en esa posibilidad en toda multípara con distocia y buen trabajo de parto. En las tumoraciones del canal cervical pueden presentarse tres -- complicaciones de suma gravedad: Ruptura uterina, hemorragia por deficiencia en el desprendimiento de la placenta y finalmente degeneración del tumor en el puerperio.

Caso # 5.-

Fibroadenoma del seno.- S. J. G. Sexo: Femenino. Edad: 33 años. Origen: Cojutepeque. Oficios domésticos. Archivo: 12258.

Consultó por: Tumor del pecho derecho.

Historia:

Dos años antes de la consulta le apareció una tumoración en el seno derecho, que fue aumentando de tamaño hasta llegar a medir unos 10 cms. de radio. La tumoración era móvil, indolora y nunca se ulceró. La paciente decidió consultar debido a que la tumoración le dificultaba la realización de sus labores en el hogar.

Antecedentes patológicos: negativo. Historia ginecológica y obstétrica: Menarquia a los 14 años tipo 28 por 4 no dolorosa. Grávida 3, para 3, hijos vivos 3. F.U.R. hacía diez días. No historia familiar de tumores semejantes.

Examen físico: P: 80. T.A.: 100/70. T: 37.

Se encontró una adulta de mediana edad, regularmente constituida. Cabeza y cuello: negativos. Pulmonar y respiratorio: negativos. En el seno derecho se encontraba una tumoración lobulada, de consistencia dura, móvil, sin adherencia a los planos profundos, no ulcerada que abarca toda la glándula mamaria, tenía unos 12 cms. de radio. No se palparon adenopatías axilares ni supraclaviculares. El seno izquierdo era normal. Abdomen: negativo. Ginecológico: negativo.

Con el diagnóstico de fibroadenoma del seno se decidió tomar biopsia, la cual se realizó con anestesia local, y confirmó el diagnóstico clínico (B-63-2079).

Con el diagnóstico ya establecido, se decidió hacer una mastectomía simple. Anestesia: Pentotal éter.

Descripción de la técnica operatoria:

Se practicó incisión circular, a cuatro centímetros de la areola, se disecó el tumor llegando hasta el músculo pectoral mayor, y se extirpó en un sólo bloque. La herida operatoria fue suturada en tres planos, dejando un dreno de Penrose. El post-operatorio fue normal, se le dió el alta al quinto día.

Comentarios:

El fibroadenoma es el tumor mamario más frecuente. Es importante señalar que la toma de biopsia en tumores de la mama, casi siempre debe realizarse en un centro hospitalario bien dotado, para que la biopsia sea contestada de inmediato, y en caso de malignidad proceder en el mismo acto a una mastectomía radical; pues dejar que transcurran varios días para la respuesta del patólogo, en caso de carcinoma, no hemos hecho más que activar un proceso maligno. En nuestro caso procedimos en la forma descrita, pues el cuadro clínico no ofrecía dudas en cuanto a lo benigno del tumor.

Caso # 6.-

Apendicitis aguda. Peritonitis. L. C. de H. Sexo: Femenino. Edad: 19 años. Origen: Cojutepeque. Oficios domésticos. Archivo: 12005.

Consultó por: Dolor de estómago.

Historia:

Refirió la paciente que cuatro días antes de la consulta, le comenzó dolor tipo cólico localizado al epigastrio, al inicio era moderado. Pasadas unas doce horas, el dolor se localizó en la fosa ilíaca derecha, entonces comenzó a revestir un tipo continuo mucho más severo. Desde el inicio de su enfermedad presentó náuseas y vómitos frecuentes; anorexia, durante los primeros tres días realizó una cámara diaria; en las últimas veinticuatro horas ya no realizó cámaras ni expulsó gases. Presentó fiebre continua desde el inicio de la enfermedad.

Antecedentes patológicos: sin importancia. Historia ginecológica y obstétrica: - Menarquia a los 13 años tipo 30 por 3, no dolorosa. Grávida 1, para 1, hijos vivos 1. F.U.R. 10 días antes de la consulta.

Examen físico: T. 39°C. P. 120. T.A.: 90/50.

Se encontró una adulta joven, agudamente enferma, pálida y sucia. Boca: len

gua seca y saburral. Cuello: negativo. Pulmonar y corazón: negativos. Abdomen: - plano que se movía con los movimientos respiratorios, blando y depreible; había intenso dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha, con defensa muscular y - signo del rebote; el peristaltismo se encontró disminuído. El examen ginecológico y el tacto rectal fueron negativos.

Fue ingresada con diagnóstico de apendicitis aguda, y se comenzó a preparar para practicarle una apendicectomía. Como estaba muy deshidratada se le ordena-- ros dos sueros mixtos, el primero con un gramo de Cloromicetín; el leucograma y el examen de orina fueron reportados en la forma siguiente:

Leucograma:		Examen de orina:	
Glóbulos blancos	12.000	Densidad	1.025
Linfocitos	15%	Ph.	Acido
Neutrófilos	90%	Glucosa	Negativo
Eosinófilos	2%	Albúmina	Trazas leves
		Glóbulos blancos	8 por campo.

Pasadas cuatro horas la paciente se encontraba mejor hidratada y fue trasla-- dada a la sala de operaciones. Anestesia: Raquídea.

Descripción de la técnica operatoria:

Se le practicó laparotomía paramediana dere-- cha (Jalaguier) se llegó por planos a la cavidad abdominal, encontrándose una pe-- ritonitis plástica generalizada, con marcada hiperemia visceral. Se trató de ais-- lar el apéndice, lo cual no fue posible a causa de fuertes adherencias a ese ni-- vel. Considerando el peligro que ocasionaba la búsqueda del apéndice, y estando la peritonitis bien organizada, se optó por aspirar el escaso líquido que se en-- contraba en la cavidad, se dejó un drenó blando y se suturó la herida operatoria en cuatro planos.

Durante los primeros dos días se mantuvo a la paciente con succión nasogástrica, administrándosele tres litros de soluciones hidroelectrolíticas al día, - Cloramfenicol un gramo cada doce horas por vía intramuscular; durante las primeras veinticuatro horas hubo fiebre de 38°C., luego se normalizó.

Pasadas 48 horas hubo peristaltismo intestinal, y expulsó gases, entonces se retiró la sonda y se dieron líquidos por vía oral. También por esa época fue movilizada la enferma. El dreno fue retirado al cuarto día.

El resto del post-operatorio fue bastante satisfactorio, la paciente fue dada de alta al octavo día de operada. Se le indicó control pasados dos meses, pero no se presentó.

Comentario:

Cuando un ataque agudo de apendicitis llega a formar un plastrón, el tratamiento debe ser conservador, y extirpar el apéndice transcurridos dos o tres meses.

#### Caso # 7.-

Hernia crural estrangulada. R. R. R. Sexo: Femenino. Edad: 44 años. Origen: Cojutspeque. Oficios domésticos. Archivo: 6638.

Consultó por: Dolor de estómago.

Historia:

Refirió la paciente que un día antes le comenzó dolor epigástrico irradiado al hipocondrio derecho y espalda, acompañándose de náuseas y vómitos, dos cámaras normales.

Antecedentes: Dos años antes presentó un cuadro semejante. Historia obstétrica y ginecológica: Menarquia a los 14 años, tipo 30 por 3, no dolorosa. Grávida 4, para 3, un aborto, 3 hijos vivos.

Examen físico: P: 80. T: 37. T.A.: 100/60.

Se encontró una adulta vieja, pálida y enflaquecida. Cabeza y cuello: negativos. Pulmonar y corazón: negativos. Abdomen: blando y depresible, con marcado dolor a la palpación en el epigastrio e hipocondrio derechos. En la arcada crural izquierda se encontró una tumoración de 3 cms. ligeramente dolorosa, que fue catalogada como una adenopatía.

El cuadro fue catalogado como un cólico hepático, se le trató con atropina y tintura de belladona.

La paciente se presentó al día siguiente refiriendo no haber realizado cámaras en 24 horas, el dolor le refería entonces al abdomen inferior, y siempre de tipo cólico. Fue ingresada con el diagnóstico de hernia crural estrangulada. Se le puso sonda nasogástrica y succión intermitente, se le administraron soluciones hidroelectrolíticas y sangre; al segundo día la paciente comenzó a realizar evacuaciones y a expulsar gases por el recto, en tal estado continuó tres días más, al cabo de los cuales se presentó de nuevo el cuadro oclusivo, con distensión abdominal y vómitos fecaloideos.

Con el diagnóstico de síndrome oclusivo por probable hernia crural se decidió practicar una laparotomía exploradora. Anestesia: Pentotal éter.

Descripción de la técnica operatoria:

Se practicó laparotomía media infra-umbilical, se llegó por planos a la cavidad abdominal, encontrándose marcada distensión intestinal, con signos de peritonitis; se encontró una hernia crural por pelliscamiento, que al tratar de reducirla, se desgarró parcialmente el intestino, el cual presentaba franca necrosis en una longitud de diez centímetros. Se resecaron veinte centímetros de intestino delgado, realizando luego anastomosis término terminal. Durante la intervención la paciente entró en shock que duró aproximadamente hora y media; se le administraron 750 cms. de sangre, Wayamine, Deca

drón y soluciones hidroelectrolíticas.

La herida operatoria fue suturada en cuatro planos, dejando un drenó blando. La hernia no fue reparada a causa del estado comprometido de la paciente, además la herida operatoria no era apropiada. Al finalizar la intervención la paciente se encontraba en shock del que salió transcurrida una hora.

En el post-operatorio se mantuvo con sonda nasogástrica y aspiración; se administraron por venoclisis soluciones electrolíticas, proteínas hidrolizadas, — también se administraron antibióticos de amplio espectro. El balance electrolítico se llevó en forma satisfactoria durante cinco días en que la paciente no realizó cámaras; al cabo de los cuales la paciente comenzó a expulsar gases y realizó sus primeras evacuaciones; el estado general comenzó a experimentar una franca mejoría, se le comenzó a dar dieta líquida, al 6o. día se dió dieta blanda. — Cuando ya todo el peligro parecía conjurado, se presentó una fístula estercórea con abundante secreción.

Se trató entonces por todos los medios de mejorar el estado general de la paciente, pero desgraciadamente ya no se pudo volver a conseguir sangre. Al décimo día de la intervención se presentó una parotiditis derecha, la cual fue tratada con antibióticos y calor húmedo.

La secreción de la fístula comenzó a disminuir paulatinamente, parecía que iba a cerrar por sí sola, pero el estado general de la paciente nunca se logró mejorar y falleció a los 50 días de operada.

Comentario:

El presente caso constituye nuestra única muerte quirúrgica, desgraciadamente se cometieron dos errores que fueron fatales para la paciente. En primer lugar, no se llegó a un diagnóstico temprano; en la primera consulta fue catalogada como un cólico hepático, situación poco probable, pero hasta ese momen-



to la cosa no era tan grave pues la enferma se presentó al día siguiente con un cuadro bien establecido; en ese momento se pensó en hernia crural estrangulada, pero desafortunadamente la tumoración crural se prestó para error, pues tenía todas las características de una adenopatía y no se valoró bien su significado, cometiendo el primer error.

El segundo error lo constituyó la tardanza para realizar la intervención -- cuando la paciente se encontraba en mejores condiciones, pero fue la aparente mejoría observada con el tratamiento conservador, la que nos hizo pensar que ya el cuadro oclusivo había cedido, sin tener en cuenta que la estrangulación de la hernia crural cuando es por pelliscamiento (Hernia de Richter) se inicia con un cuadro pseudo oclusivo. No fue sino hasta que el cuadro llegó a la completa oclusión, cuando se decidió intervenir, para entonces, las condiciones de la paciente eran poco satisfactorias para el buen éxito de una intervención quirúrgica. - El post-operatorio de esta paciente estuvo bien controlado, pero al presentarse la fístula, se puede decir que se perdieron las esperanzas para la paciente.

Es importante señalar una vez más el valor de una buena historia, y un examen físico completo, sobre todo cuando se trabaja en un medio rural en el que solamente la clínica nos puede llevar a la mayoría de los diagnósticos.

Es importante señalar una complicación que apuntamos anteriormente, y que es un signo clásico de mal pronóstico: La parotiditis, se considera de origen infeccioso y revelador de un mal pronóstico.

Caso # 8.-

Herida penetrante del abdomen. D.G.V. Sexo: Masculino. Edad: 36 años. Arch.12744

Origen: Monte San Juan, Cojutepeque.

Consultó por: Herida.

Historia:

Dos horas antes de consultar fue herido en el epigastrio con arma cortante; presentó escasa hemorragia y poco dolor.

Examen físico: T: 37. P: 90. T.A.: 120/70.

Se encontró un adulto en estado de ebriedad, con aliento alcohólico. Cabeza y cuello: negativos. Pulmonar y corazón: negativos. Abdomen: blando y depresible. En el epigastrio se encontró una herida cortante de 3 cms., a ese nivel había moderada defensa muscular.

Al explorar la herida se encontró que era penetrante, por lo cual se decidió practicar una laparotomía exploradora. Anestesia: Pentotal éter.

Descripción de la técnica operatoria:

Se practicó laparotomía media supra-umbilical, por planos se llegó a la cavidad abdominal en la cual se encontró moderada cantidad de sangre, la cual fue removida. Se procedió luego a explorar la cavidad abdominal, no encontrándose ninguna lesión, excepto una pequeña herida del e piplón mayor, que fue suturada con cátgut simple.

La herida operatoria fue suturada en cuatro planos, sin dejar drenos. En las primeras ocho horas se administraron líquidos por vía parenteral, luego se dejó dieta líquida, a las cuarenta y ocho horas se comenzó a dar dieta corriente. El enfermo fue levantado para que diera sus primeros pasos a las 12 horas de operado.

Comentario:

El caso anterior pone de manifiesto la importancia de intervenir lo más pronto posible a todo paciente con herida penetrante del abdomen; si encontramos lesión interna, de sobra justificada; si no encontramos lesión interna, habremos sometido al enfermo a una intervención de la que se recupera rápidamente.

te, que ofrece pocos riesgos, y brinda al paciente la seguridad de no haber dejado sin reparar una víscera rota o un vaso sangrante, que sí pueden ocasionarle la muerte.

Caso # 9.-

C.A. Sexo: Femenino. Edad: 23 años. Origen: San Vicente. Arch. 5444.

Oficio: Auxiliar de Enfermería.

Consultó por: Dolor.

Historia:

Una hora antes de la consulta le comenzó dolor periumbilical de tipo cólico, de carácter severo, que la hacía llorar. Náuseas, no vómitos.

Antecedentes patológicos sin importancia. Menarquia a los 14 años, tipo 30 por 4 no dolorosa, grávida I, para C. Abortos 1. F.U.R. 4 días antes de la consulta.

Examen físico: T: 38. P. 110. T.A. 120/60.

Se encontró una adulta joven, regularmente constituida. Cabeza y cuello negativos. Pulmonar y corazón: negativos. Abdomen: plano que se movía con los movimientos respiratorios. Se encontró moderado dolor a la palpación suave de la región periumbilical y fosa ilíaca derecha. Peristaltismo disminuído. Tacto rectal y examen ginecológico negativos.

El cuadro fue catalogado como una apendicitis aguda, se tomó un leucograma y examen de orina, se dejó en observación a la paciente.

El leucograma reveló 12,000 leucocitos con predominio de neutrófilos, en el examen de orina reportaron 8 glóbulos blancos por campo. Se suspendió toda alimentación por vía oral, y se administraron dos litros de soluciones hidroelectrolíticas, era muy intenso y continuo, habían náuseas y vómitos. Se tuvo la seguridad de que se trataba de una apendicitis aguda y se decidió intervenir quirúrgicamente. Anestesia: Raquídea.

Descripción de la técnica operatoria:

Se practicó incisión para-rectal derecha in fraumbilical, por planos se llegó a la cavidad abdominal, se aisló el apéndice, el cual se encontraba hiperémico y edematoso, se extirpó previa ligadura y el muñón fue invaginado por medio de sutura en bolsa de tabaco. Se suturó la herida o peratoria en cuatro planos, no se dejó dreno.

En las primeras doce horas del post-operatorio se administraron líquidos por vía parenteral, lo mismo que Penicilina por vía intramuscular, pasado ese tiempo se comenzaron a dar líquidos por vía oral, a las 36 horas se dió dieta blanda. - La movilización de la paciente se llevó a cabo a las 12 horas. Fue dada de alta al 5o. día de operada en buenas condiciones.

Comentario:

El caso anterior nos pone de manifiesto la importancia de realizar la apendicectomía en época temprana, es decir apenas se hace el diagnóstico; tal -- conducta es de suma importancia sobre todo en hospitales rurales, en donde las - complicaciones, siempre muy serias, son más difíciles de controlar.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- 1.- Se exponen los propósitos del presente trabajo, principalmente que todo estu-  
diante en Servicio Social esté en condiciones de poder realizar un mínimo de  
intervenciones quirúrgicas, tanto electivas como de urgencia.
- 2.- Los mayores problemas para el estudiante en su Servicio Social lo constitu-  
yen las emergencias quirúrgicas.
- 3.- El Centro de Salud de Cojutepeque y la mayoría de Centros de la República, -  
carecen de Banco de Sangre, equipo de Rayos X y material quirúrgico adecuado.
- 4.- Son muy pocos los Centros de Salud y Hospitales Departamentales que cuentan  
con un personal entrenado en cirugía.
- 5.- Se enumeran y comentan brevemente las intervenciones quirúrgicas llevadas a  
cabo en un año de Servicio Social; presentando los nueve casos más interesan-  
tes, con evolución, tratamiento y comentario de cada uno.
- 6.- La morbilidad y mortalidad de todo el trabajo quirúrgico realizado, es muy -  
baja.
- 7.- Se hace ver la importancia de una historia y examen físico adecuados.

Recomendaciones:

- 1.- Dado que los problemas más serios que se le presentan a un estudiante en su  
Servicio Social son de tipo quirúrgico; es necesario que a todo estudiante -

en su año de internado se le someta a un entrenamiento más efectivo y práctico, de manera que pueda realizar un mínimo de intervenciones quirúrgicas.

- 2.- Lograr que el Gobierno, con ayuda de la iniciativa privada, puedan dotar a los hospitales y centros de salud departamentales de: Banco de sangre, equipo de Rayos X, y material quirúrgico adecuado.
- 3.- Enviar a los centros de salud y hospitales departamentales, personal médico que haya recibido entrenamiento quirúrgico en el Hospital Rosales.
- 4.- Que en los centros de salud y hospitales del interior de la República se realicen más intervenciones quirúrgicas, para descongestionar el excesivo trabajo del Hospital Rosales.
- 5.- Supervisar el trabajo quirúrgico de los estudiantes en Servicio Social por medio del Departamento de Cirugía de la Escuela de Medicina.
- 6.- Entrenar al estudiante en su año de internado, en ciertos tipos de anestias, principalmente: Eter abierto, raquíanalgesia, bloqueo de plexo braquial y de nervios pudendos.

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

- 10.- Archivos del Centro de Salud de Cojutepeque.
- 20.- Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica, 7a. Ed. en español, Tomo II, Editorial Interamericana S. A., 1960.
- 30.- Diccionario Geográfico de la República de El Salvador. Ministerio de Economía, 1959.
- 40.- Navarrete, Armando. Experiencias de mi Servicio Social. Tesis Doctoral, Universidad de El Salvador, -- 1959.
- 50.- H. J., Eastman. Obstetricia de Williams, 3a. Ed. en español, U.T.H.E.A., 1960.
- 60.- Tercer Censo Nacional de Población, 1961. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía.