

080972

T  
17,55  
39230  
1966  
F. 1101

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CIRUGIA ABDOMINAL SELECTIVA Y DE URGENCIA EN EL  
CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

ACXITL GUATEMOC BUENDIA

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA



DICIEMBRE DE 1966

378.7284  
UES-T.M.  
B928C  
1966

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Rafael Antonio Vásquez.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Mario Flores Macall

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Alejandro Gamero Orellana.

SECRETARIO:

Dr. Enrique Muys Hondt.



JURADOS QUE PRACTICARON

EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA

Dr. Juan José Fernández h.  
Dr. Donaldo Moreno B.  
Dr. Gustavo Oriani h.

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Carlos González Bonilla.  
Dr. Fernando alvarado Piza.  
Dr. Francisco Guillermo Rodríguez P.

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Antonio Lazo Guerra.  
Dr. Tomás Mariano Cáceres.  
Dr. Carlos Mayora h.

JURADO DE

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Salvador Infante Díaz.

Dr. Enrique Muyshondt.

Dr. Francisco Guillermo Rodríguez P.

DEDICATORIA

A DIOS OMNIPOTENTE.

A la memoria de mi padre

Abel Buendía de León.

A mi madre

María Cruz v. de Buendía.

A mi esposa

Ana Miriam M. de Buendía.

A mi hijo

Melvin Acxiti Buendía M.

A mis hermanas

Telma, Xochitl, Glenda y Abelina.

A mis familiares.

A mis profesores.

A mis amigos.

PLAN      DE      TRABAJO

- I.- INTRODUCCION.
- II.- CONSIDERACIONES GENERALES.
- III.- PRESENTACION DE CASOS.
- IV.- ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS.
- V.- RESUMEN.
- VI.- RECOMENDACIONES.
- VII.- REFERENCIAS.

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

La decisión de verificar el presente trabajo ha sido motivado por mi especial interés en la rama quirúrgica de la Medicina; y es mi intención analizar las operaciones de Cirugía Abdominal electiva y de urgencia que se han llevado a cabo en este Centro de Salud de San Francisco Gotera; las condiciones de trabajo y diversas dificultades con que se tropieza a diario, los resultados obtenidos, y la proposición de medidas que a mi criterio pueden lograr una mejor asistencia quirúrgica en este Centro de Salud.

Quizás como todos los Centros de Salud de la República, este ha sido olvidado, careciendo de material indispensable; como se comprende al decir que en ocasiones ha sido necesario suspender operaciones debido a la falta de seda para sutura.

Las operaciones y tratamientos pre y post-operatorios han sido llevados a cabo sin la ayuda de exámenes de laboratorios especializados y gabinete; pues se cuenta unicamente con un pequeño laboratorio donde se verifican exámenes elementales como son: Orina, Heces y Hemograma.

Los casos que analizaremos en el presente trabajo son fiel reflejo de la Patología Quirúrgica más frecuente en nuestro país; por lo que a mi juicio es donde las autoridades de Salud Pública deben orientar su aporte en medicamentos y material y equipo médico-quirúrgico para su adecuada asistencia en estos Centros de Salud; cuya labor aunque mínima, no por ello deja de ser básica y necesaria.

No vamos a omitir que en ciertas ocasiones se han tomado medidas desesperadas, en la ausencia de medicamentos o equipo indispensable, pero se han logrado resultados aceptables, a pesar de las circunstancias adversas en que se ha trabajado.

Las operaciones han sido verificadas por los distintos médicos que han llevado a cabo su servicio social en este centro; in-

clusive las que durante mi servicio social llevé a cabo con la ayuda del personal de enfermería.

En este Centro de Salud se comenzó a practicar Cirugía en Julio de 1958; desde entonces hasta la fecha se han verificado regularmente operaciones de diversa índole, aunque el predominio se encuentra en el grupo de Legrados Uterinos, Reducciones de Fracturas, y sutura de heridas en gran número.

Analizaremos los pocos casos de Cirugía Abdominal, deseando que este estudio contribuya en alguna forma a mejorar las condiciones de este Centro de Salud, para lograr una atención médico-quirúrgica adecuada, tal como se la merece el PACIENTE.

II.- CONSIDERACIONES GENERALES .-

1.- EL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.

El departamento de Morazán fué creado por Decreto Ejecutivo, el 10. Agosto 1875. Se encuentra situado en la zona oriental de la República, y sus límites son los siguientes: al Norte con la República de Honduras, al Sur con el Departamento de San Miguel al Este con el Dpto. de La Unión y La Rep. de Honduras, y al Oeste con el Dpto. de San Miguel.

Su extensión Geográfica es de 1724,26 Km.2; la mayor parte compuesta por cerros, montañas y pequeñas planicies atravezadas por diferentes ríos que nacen al norte del Departamento.

La Población del Departamento, según el Tercer Censo Nacional de 1961 es de 119.381 habitantes, correspondiendo 69 habitantes por kilómetro cuadrado.

La distribución de la población es la siguiente:

DEPARTAMENTO DE MORAZAN

T O T A L		U R B A N A		R U R A L	
Ambos sexos	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.
119.381	- 59,174-60.207-	23.560	11.351 12.209	95.821	47.823 47.998

Esta población se halla distribuida en 26 municipios: Arambala, Cacaopera, Corinto, Chilanga, Delicias de Concepción, El Rosario, Gualococti, Guatajiagua, Joateca, Jocoaitique, Jocoro, Lolotiquillo, Meanguera, Osicala, Perquín, San Carlos, San Fernando, San Simón, San <sup>1</sup>sidro, Sensembra, Sociedad, Torola, Yamabal, Yoloaiquín, El Divisadero y San Francisco Gotera, que es la cabecera departamental.

La presente lista se encuentra por orden decreciente con respecto a la afluencia de pacientes al centro de salud de una manera superficial; el 30% del total de consultas es de pacientes -- del municipio de San Francisco Gotera y sus cantones aledaños que son: San José, San Francisquito, El Triunfo, Cacahuatalejo, El Norte y el Rosario.

II.- CONSIDERACIONES GENERALES .-

1.- EL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.

El departamento de Morazán fué creado por Decreto Ejecutivo, el 10. Agosto 1875. Se encuentra situado en la zona oriental de la República, y sus límites son los siguientes: al Norte con la República de Honduras, al Sur con el Departamento de San Miguel al Este con el Dpto. de La Unión y La Rep. de Honduras, y al Oeste con el Dpto. de San Miguel.

Su extensión Geográfica es de 1724,26 Km.2; la mayor parte compuesta por cerros, montañas y pequeñas planicies atravezadas por diferentes ríos que nacen al norte del Departamento.

La Población del Departamento, según el Tercer Censo Nacional de 1961 es de 119.381 habitantes, correspondiendo 69 habitantes por kilómetro cuadrado.

La distribución de la población es la siguiente:

DEPARTAMENTO DE MORAZAN

T O T A L		U R B A N A		R U R A L	
Ambos sexos	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.
119.381	- 59,174-60.207-	23.560	11.351 12.209	95.821	47.823 47.998

Esta población se halla distribuida en 26 municipios: Arambala, Cacaopera, Corinto, Chilanga, Delicias de Concepción, El Rosario, Gualococti, Guatajiagua, Joateca, Jocoaitique, Jococho, Lolotiquillo, Meanguera, Osicala, Perquín, San Carlos, San Fernando, San Simón, San Isidro, Sensembra, Sociedad, Torola, Yamabal, Yoloaiquín, El Divisadero y San Francisco Gotera, que es la cabecera departamental.

La presente lista se encuentra por orden decreciente con respecto a la afluencia de pacientes al centro de salud de una manera superficial; el 30% del total de consultas es de pacientes -- del municipio de San Francisco Gotera y sus cantones aledaños que son: San José, San Francisquito, El Triunfo, Cacahuatalejo, El Norte y el Rosario.

II.- CONSIDERACIONES GENERALES .-

1.- EL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.

El departamento de Morazán fué creado por Decreto Ejecutivo, el 10. Agosto 1875. Se encuentra situado en la zona oriental de la República, y sus límites son los siguientes: al Norte con la República de Honduras, al Sur con el Departamento de San Miguel al Este con el Dpto. de La Unión y La Rep. de Honduras, y al Oeste con el Dpto. de San Miguel.

Su extensión Geográfica es de 1724,26 Km.2; la mayor parte compuesta por cerros, montañas y pequeñas planicies atravesadas por diferentes ríos que nacen al norte del Departamento.

La Población del Departamento, según el Tercer Censo Nacional de 1961 es de 119.381 habitantes; correspondiendo 69 habitantes por kilómetro cuadrado.

La distribución de la población es la siguiente:

DEPARTAMENTO DE MORAZAN

T O T A L		U R B A N A		R U R A L	
Ambos sexos	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.-	Amb. Sex.	Masc. Fem.
119.381	- 59,174-60.207-	23.560	11.351 12.209	95.821	47.823 47.998

Esta población se halla distribuida en 26 municipios: Arambala, Cacaopera, Corinto, Chilanga, Delicias de Concepción, El Rosario, Gualococti, Guatajiagua, Joateca, Jocoaitique, Jocoro, Lolotiquillo, Meanguera, Osicala, Perquín, San Carlos, San Fernando, San Simón, San<sup>1</sup>sidro, Sensembra, Sociedad, Torola, Yamabal, Yoloaiquín, El Divisadero y San Francisco Gotera, que es la cabecera departamental.

La presente lista se encuentra por orden decreciente con respecto a la afluencia de pacientes al centro de salud de una manera superficial; el 30% del total de consultas es de pacientes del municipio de San Francisco Gotera y sus cantones aledaños que son: San José, San Francisquito, El Triunfo, Cacahuatalejo, El Norte y el Rosario.

El Municipio de San Francisco Gotera tiene la siguiente población:

T O T A L	U R B A N A	R U R A L
3860	1934	1926

Existen muchas razones para la falta de asistencia de pacientes provenientes de las poblaciones vecinas; entre ellas: los pésimos caminos que dificultan el traslado, la creencia de algunas personas en curanderos, comadronas, etc, etc. y el hecho que la Unidad Móvil Rural visita un Día por semana las poblaciones de Cacaopera, Corinto, Sociedad, Perquín y Jocoaitique, para atenciones de consulta externa; recibiendo en este centro pacientes que necesitan tratamiento hospitalario. Además existen Unidades de Salud con un Médico en Servicio Social, en las poblaciones de Osicala y Jocoro.

El Departamento de Morazán económicamente es muy pobre, ya que la mayoría son tierras no cultivables y las personas se dedican al comercio de importación y exportación de artículos diversos con la vecina República de Honduras, a la ganadería en poca escala y a la manufactura de artículos de mezcal, como hamacas, lazos, etc.

En la ciudad hay dos médicos residentes, el médico en servicio social y el médico de las unidades móviles rural; y en las poblaciones de Osicala y Jocoro un médico en servicio social, correspondiendo en este Departamento un promedio de atención de 24,000 pacientes por cada médico.

2.- EL CENTRO DE SALUD.

A) Descripción. El Centro de Salud de San Francisco Gotera - fue inaugurado el día 10 de Diciembre 1953. Está situado al Nor- oeste de la ciudad, rodeado de residencias particulares al fren- te y al costado sur, y de jardines al resto de sus costados, los que limitan con fincas y un campo deportes.

En la parte este se encuentra a la derecha la oficina del Di- rector, Administrador y del Inspector de Sanidad; luego están los servicios de Medicina y Cirugía de Señoras, las Salas de Maternidad y Pediatría, la estación de Enfermeras y el Pensionado de Señoras; anexo al servicio de Maternidad se halla la sala de partos con una sola mesa de partos, insuficiente para la atención de todas las - pacientes.

Siempre en la parte este, pero a la izquierda se encuentran la Farmacia, el archivo, la sala de Curaciones y Pequeña Cirugía, la Clínica Dental, Tres Consultorios y la Sala de Cirugía de -- Hombres. Continuando por el corredor norte se halla la sala de - Esterilización y el Arsenal, la Sala de Operaciones, la sala de Rayos X, el Laboratorio, el Pensionado de Hombres y la Sala de - Medicina de Hombres.

En el centro del edificio se halla un pequeño quiosco desti- nado a las reuniones del personal, rodeado de jardines muy bien conservados. En la parte oeste el garage, los dormitorios de Mé- dicos, enfermeras graduadas y auxiliares; la lavandería, la cos- turería, los comedores y la cocina.

Los Servicios de Hombres y Señoras están distribuidos así:

MEDICINA HOMBRES .....	7 camas
CIRUGIA HOMBRES .....	10 camas
MEDICINA Y CIRUGIA SEÑORES .....	10 camas
MATERNIDAD .....	10 camas
PEDIATRIA .....	7 camas
PENSIONADO HOMBRES .....	2 camas
PENSIONADO SEÑORAS .....	2 camas

T O T A L .... 48 camas.

Siempre se ingresa a cada paciente en su respectivo servicio, pero la excesiva demanda en muchas ocasiones obliga a ingresar -- pacientes en el lugar donde se encuentre una cama disponible. La sala de Pediatría no tiene cunas, por lo cual los niños son ingresados con su madre para que sea ella quien lo cuide, esto ocasiona un hacinamiento perjudicial para la asistencia pediátrica. La sala de espera tiene 12 bancas de madera. El Archivo tiene ficheros modernos, pero insuficientes para la enorme cantidad de cuadros. La Farmacia es un pequeño cuarto con escasas medicinas, pues de los pedidos que se hacen únicamente suministran la tercera ó cuarta parte, lo cual se agota en quince días; esto obliga al médico a pasar dos meses recetando aspirina, antidiarreico y expectorantes, a menos que el paciente pueda comprar particularmente sus medicinas. Existe una carencia total de Soluciones electrolíticas y fluidos para llevar a cabo una adecuada hidratación de infinidad de pacientes que necesitan este tratamiento y que a diario acuden a este hospital.

El arsenal y sala de esterilización: hay un autoclave tan antiguo que en contadas ocasiones trabaja. Una caja de Laparatomía incompleta, un equipo para los grados uterinos completo y otro incompleto, un fórceps de Simpsons, un equipo, de punción de ascitis y otro de lumbar, un juego de dilatadores, uretrales, un juego de beniqués, un equipo de garfios de Mitchel, dos equipos de pequeña cirugía, dos espéculos vaginales, una pinza de viopsia, y un equipo para episiotomía

La Sala de Operaciones cuenta con una mesa y una lámpara moderna un aparato de anestesia de gases el cual no se usa por no haber anestésista y un aparato de succión.

La sala de Rayos X tiene un aparato portátil, que es manejado por médicos y enfermeras, quienes practican las fluoroscopias y radiografías de pacientes fracturados.

El centro posee un tanque de almacenamiento de agua, con lo que se obtiene agua las veinticuatro horas del día; pues en la ciudad es suministrada únicamente por horas.

B).- Funcionamiento. El personal del Centro de Salud es el siguiente: un Médico Director a tiempo parcial, un Médico auxiliar para consulta externa y un Médico en Servicio Social a tiempo completo; una Supervisora local y una enfermera graduada, 4 enfermeras en servicio social, 9 enfermeras auxiliares; y el motorista de la ambulancia que posee el centro, ayudantes, costurera, lavanderas y cocineras.

Los Servicios están a cargo del Médico Director y del Médico Interno, rotando cada mes por los servicios de hombres y mujeres y pediatría.

La consulta está repartida de la siguiente manera: por la mañana 12 consultas de higiene materno-infantil y prenatal en días alternos por el médico director; 18 consultas asistenciales por el médico auxiliar y 18 consultas asistenciales por el médico interno. Por la tarde 12 consultas asistenciales por el médico interno y todas las emergencias durante las 24 horas del día. Los fines de semana queda de turno el médico interno o el director alternativamente.

Las enfermeras graduadas, incluyendo las de servicio social, trabajan así: en Consulta Externa una para la selección de pacientes y la pequeña cirugía, con una auxiliar para la toma de signos vitales, peso talla, etc.; lo mismo que para inyecciones, vacunaciones, curaciones, entrevistas y atenciones especiales.

En los Servicios: una enfermera graduada de 7 a.m. a 3 p.m. y dos auxiliares encargadas de repartir medicinas, curaciones, etc. De 3 p.m. a 11 p.m. y de 11 p.m. a 7 a.m. una enfermera graduada para los servicios y las emergencias, y una auxiliar con las mismas obligaciones.

Además trabaja una auxiliar en la Farmacia, y un enfermero auxiliar vacunador rural. Hay una enfermera graduada visitadora para consejos sobre higiene materno-infantil y medicina preventiva en el hogar.

La cirugía menor y los partos normales son atendidos por las enfermeras graduadas; los partos difíciles, las tenorrafias las reducciones de fracturas y aplicación de aparatos enyesados,

legrados, uterinos, fórceps, extracción manual de placentas, versiones externas, extirpación de quistes, heridas graves, etc. son atendidos por el médico interno, y en algunos casos por el médico director.

La cirugía mayor de urgencia y electiva es practicada por el médico interno y con la ayuda del director o una enfermera graduada. Las raquianestesis son practicadas por el médico interno y -- las anestesis generales con eter y pentotal sódico por una enfermera graduada.

Todas las operaciones de urgencia son verificadas en el momento que lo requieren las electivas generalmente a las cinco de la tarde, por no disponer de tiempo y personal por la mañana.

### III.- P R E S E N T A C I O N D E C A S O S

En este capítulo se presentan las historias clínicas de los 79 casos que han sido intervenidos en este Centro de Salud; las últimas 19 operaciones fueron practicadas por el autor, por lo que serán objeto de minucioso análisis; las restantes han sido únicamente revisadas en los archivos del centro de salud.

Los datos clínicos, pre y post-operatorios y su evolución serán enfatizados de acuerdo a la experiencia particular en cada caso.

Cuando fue necesario, y de acuerdo a nuestras posibilidades los pacientes fueron preparados debidamente: con hidratación, transfusiones (en los raros casos en que se logró conseguir sangre), antibióticos pre-operatorios, etc.

La premedicación anestésica consistió en Meperidina 100 mgrs y éatropina 1,050 ó 0.25 según el criterio médico.

La anestesia usada fue en el 70 % de los casos eter abierto; en ocasiones previo Pentotal Sódico endovenoso. Algunas operaciones menores, como pequeñas hernias y esterilizaciones fueron practicadas con anestesia local.

La presentación de los casos es cronológica, habiendo sido practicada la primera operación en julio de 1958 y la última del presente trabajo en mayo de 1966.

REQ	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX. PREOP.	HALLAZGOS	OP. REALIZ	ANEST	EVOLUCION
8231	Z.E.A.	16a	F	Dos días de dolor en FID y fiebre.	T 38°C. P 92/m. T 110/70 McBurney	NO	Apendicitis aguda.	Inc. Paramed. Apendicitis aguda. inflamado, se reseca y se invagina el mu. -Apendicecto nón.	Eter.		Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 8 días
6402	M.I. de CH.	34a	F	Para: 7026 Hace dos días hemo rragia va 36 semanas. ginal.No -Poco reg. He-dclores. mrrragia moderada.	T 36.8°C. P 96/m. T 100/60	NO	Placenta Previa. Multiparidad.	Inc. Med.In-fraumb.Cesárea clásica;feto vivo prematuro.Se ligan ambas trompas según Pome-roy.	Placenta Previa.	Eter.	Post-operatorio normal con el uso de antibióticos.Transfusión de 500 cc. de sangre. Estancia: 9 días
10586	L.de A.	32a	F	Para: 8038 Pelota en FID hace un año.Do en lor leve y poco doloro progresivo-sa TV: doloro hace un mes o f.de s.	T 37.2°C. P 72/m. T 130/80 Tumoración en FID.móvil	NO	Quiste Ovarico derecho. Multiparidad.	Laparotomía med.infraumb.Tumora ción dura de 5x8 cms.Se extirpa y se ligan trompas. Tumcr lido del Ovaric der. Laparotomía Explcradora. Extirpación tumor ovario Esterilización	Tumcr Sc-	Eter.	Evlucción ncrmal con el uso de antibióticos. Estancia: 10 días

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX. PRE=OP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POST=OP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
7918	ECC	24a	F	Tres horas T 37°C. antes dclorP 80/m. epigástriccT 120/70 y vómitos. Dolor en Hace una ho- FID. ra dolor en Signo del FID. rebote.	NO		Apendicitis Aguda.	Inc. Paramed. der.Apéndice inflamado; se reseca y se - invagina el- muñón.	apendicitis aguda. - Apendicecto- mía.	Eter.	Febril durante tres días.Cedió con anti- bióticos. Estancia 8 días.
11580	MLR	26a	F	Hace 4 me- T 36.9°C. NO ses dclorenP 76/m. NO FID, tratadaT 120/70 con antibióAbdomen ne ticos. gative.	NO		Apendicitis Crónica.	Inc. Paramed. der.apéndice grande, muy vas- cularizado.Se reseca y se in vagina muñón.	apendicitis Crónica. Apendicecto- mía.	Eter.	Post-operatorio nor- mal.No antibióticos. Estancia 7 días
11709	MAV	28a	F	Para: T 37°C. NO 4004 P 80/m. NO Hace un a T 130/70 ño habla- Embarazo incoheren- a término cias, se tras torna.	NO		Trastornos Mentales.  Post-Partum	Inc Med.In- fraumb.Se li- gan ambas trom- pas según la- técnica de Po- mercy.	Trastornos Mentales.  Esteriliza- ción.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia 9 días.

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX. PRE=OP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POST=OP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
1918	ECC	24a	F	Tres horas T 37°C. antes dclorP 80/m. epigástriccT 120/70 y vómitos. Dolor en Hace una ho- FID. ra dolor en Signo del FID. rebote.	NO		Apendicitis Aguda.	Inc. Paramed. der.Apéndice inflamado, se reseca y se - invagina el- muñón.	apendicitis aguda. apendicecto- mía.	Eter.	Febril durante tres días.Cedió con anti- bióticos. Estancia 8 días.
11580	MLR	26a	F	Hace 4 me- T 36,9°C. NO ses dolorenP 76/m. FID, tratadaT 120/70 con antibióAbdomen ne ticos. gativo.	NO		Apendicitis Crónica.	Inc. Paramed. der.Apéndice grande, muy vas- cularizado. Se reseca y se in- vagina muñón.	apendicitis Crónica. Apandicecto- mía.	Eter.	Post-operatorio nor- mal.No antibióticos. Estancia 7 días
11709	MAV	28a	F	Para# 4004 Hace un a No habla- incoheren- cias, se tras- torna. T 37°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a término	NO		Trastornos Mentales.  Post-Partum	Inc Med.In- fraumb.Se li- gan ambas trom- pas según la- técnica de Po- meroy.	Trastornos Mentales.  Esteriliza- ción.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia 9 días.

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX.PREOP	TECNICA	DX.POSOP	ANEST.	EVOLUCION
								HALLAZGOS	OP.REALIZ		
4307	MTG	42a	F	Para: 12-1-2-9 Dclores de parto hace 6 ho- ras.	T 37°C. P 80/m. -T 130/90 Embarazo a término.	NO	Multiparidad	Inc.med. Infraumb.Se ligan ambas trompas según técnica de Pomeroy.Sere seca apéndice y se invagina el muñón.	Multiparidad Eter		Febril durante tres días.Cedió con anti-bióticos. Estancia 9 días.
6432	AMG	42a	M	Hace tres días dolor abdominal. No verifica cámaras ni-tensión ab- expulsa gases- dominal. Vómitos escasos. Muy sensible.No peristaltis mo.	T 37.5°C. P 96/m. T 100/60	NO	Abdomen A-gudo probable Vclvulos.	Laparctomía Vólvulos med.Infraumb. Asas intestinales muy dilaparcctomía latadas, se ex plora sin en-contrar lesic nes.	Eter		Intervención en malas condiciones sin poder desificar electrcticos; La TA bajó en varias caciones.Falleció 3 ho-ras después de la inter- vención
632	SA	21a.	F	Presenta pelcta en omblico ha ce un año.Hernia um-bilical re- ducible.	T 36.9°C. P 70/m. T 120/70	NO	Hernia Um-bilical.	Inc. semilunar infraumb.Se seca saco y se traslapa la apo neurosis.	Hernia Um-bilical. Cura de Her-nia Umbilical.	Local	Afebril sin antibióti-cos. Estancia 6 días

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP OP.REALIZ	ANEST.	EVOLUCION
14412	A.F.	30a	M	Hace 6 ho- ras sufre- herida con- arma corto- punzante - en abdomen.	T 37°C. P 80/m. T 110/70 Herida a nivel del hipogastrio que da sali- da a epiplón	NO	Herida Pene- trante del Abdomen.	Inc. med.In- fraumb.SE re seca epiplón procidente. Se suturan en bolsa de taba	Herida Pene- trante del Abdomen. La parotomía Exploradora. Suturas In- testinales. de colon.	Eter.	Febril por 5 días; cedió con antibió- ticos. Estancia 17 días.
13484	JAG	23a	M	Hace 3 años- tiene el tes- tículo isq.- aumentado, se reduce en re- poso.	T 37°C. P 70/m. T 130/70 Hay hernia inguino-es crotal redu- cible.	NO	Hernia In- guino-Es crotal Izq.	Inc. clásica a la izq.Se seca el sacco herniario.Téc nica de Bassi ni modificada.	Hernia Ingui- no-Escrotal Izq. Cura de Her nia.	Eter.	Afebril sin antibió- ticos. Estancia: 7 días.
19642	G.A.	17a	F	Dolor en FID y vé- mitos ha- ce 36 ho- ras.	T 37.4°C. P 80/m. T 110/70 McBurney y Bloomberg	NO	Apendicitis Aguda.	Inc. de Jala- guier.Apéndice edematoso, re- sección e inva- ginación del muñón.	Apendicitis Aguda. -Apendicecto- mía.	Eter.	Febril por tres días Uso de antibióticos. Estancia: 7 días.

REG	NOMB	E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA	DX.POSTOP	OP.REALIZ	ANEST.	EVOLUCION
16033	RIR	28a F	Tumor doloroso en ingle izq. hace 1 día	T 37.5°C. P 80/m. T 130/80 Hernia Crural izq. es estrangulada.	NO	Hernia Crural izquierda estrangulada.	Incisión a la izquierda. Se resaca y se libera el piplón viable	Hernia Crural izquierda. Estrangulada	Cura de Hernia Crural por vía Inguinal.	Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 7 días
18809	RSG	26a F	Hace 4 meses dolor en FID y fiebre. Al presente leve dolor ocasional.	T 37°C. P 72/m. T 120/60 Abdomen negativo.	NO	Apendicitis Crónica.	Inc. Paramed. Apendicitis crónica. muy vascularizada y grande. Apéndice cecocolo. Se reseca e in vagina muñón.	der. Apéndice Crónica.		Eter.	Afebril sin antibióticos. Estancia: 7 días.
10731	FR	37a F	Tumor umbilical hace 6 años. Hace dos días dolor local intenso.	T 37.7°C. P 90/m. T 130/80 Hernia Umbilical no reducible.	NO	Hernia Umbilical Estrangulada.	Inc. semilunar. Hernia umbilical delgada en el saco herniario que no responde al calor; resección intestinal y anastomosis término-terminal	Inc. semilunar. Hernia Umbilical delgada en Estrangulada.	Cura de Hernia. Resección Intestinal.	Eter.	Febril durante 3 días. Uso de antibióticos. Estancia: 13 días.

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
16645	MS.	17a	F	Para: Dolores de parto hace 3 días.	T 37.2°C. P 84/m. T 110/70	NO	Embarazo a término. Desproporción Céfalo-Pélvi ca.	Inc.med.In- fraumb.Seg - mento muy delgado.Cesá- rea baja trans versal. Feto vivo.	Desproporción Eter. Cefalo-Pélvi- ca. Cesárea Ba- ja trans- versal.		Evolución normal con antibióticos. Estancia: 8 días.
9782	MSS	30a	F	Para: 8017 Dolores de parto	T 37°C. P 80/m. T 120/80	NO	Inc. med.In- fraumb.Se li- gan ambas - trompas según técnica de Po- meroy.	Multiparidad Post-Partum. Esteriliza- ción.	Multipari- dad. Esteriliza- ción.	Eter.	afebril sin antibi- ticos. Estancia: 6 días.
16033	RIR	28a	F	Pequeña tu- moración in- termitente- en la ingle derecha.	T 37°C. P 72/m. T 130/70 Hay hernia crural der.	NO	Hernia Cru- ral der.	Inc a la der. Se reseca pequeño saco y se repa- ra hernia. Cura de Her- nia Crural- por vía Ingui- nal.	Hernia Cru- ral der. Eter.		afebril con antibi- ticos. Estancia: 7 días.

REG	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX.PREOP.	TECNICA	DX.POSTOP	OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
10015	PAM 20a M	Hace 8 meses adolece de hernia.	T 36.8°C. P 72/m. T 120/80 Hernia Inguinal der reducible.	NO	Hernia Inguinal der	Inc. a la der.Se libera se pipión.Mania de Barker	Hernia Inguinal der.	Cura de Her-	Eter.	afebril con antibióticos. Estancia: 7 días.
19857	ADC 39a.M	Hace dos años le ce tumoración reduci-ble en gástrico.	T 37°C. P 70/m. T 130/80 Hay hernia gástrica.	NO	Hernia Epi-gástrica.	Inc. epigástrica; Se traslapa aponeurosis previa disección	Hernia Epi-gástrica.	Cura de Hernia.	Local	Evlucción normal.No antibióticos. Estancia: 6 días.
2349	CMR 32a F	Hace 4 años intermitente en FID.	T 37°C. P 76/m. T 130/80 Abdcmn negativo.	NO	Apendicitis Crónica.	Inc.de McBur-Apendicitis; apéndice aumentado de tamaño, se reseca y se invagina muñón.	McBur-Apendicitis Crónica.		Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 8 días.

REG	NOMB	S	E	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
22708	TFG	31a	F	Tiene hernia hace - 3 años.	T 37°C. P 72/m. T 130/70 Hernia Cru- ral der. re- ducible.	NO	Hernia Cru- ral der.	Inc. a la- der.Se re- seca el sa- co y se re- para hernia.	Hernia Cru- ral der.  Cura de Her- nia por vía inguinal.	Eter.	Afebril sin el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.
12804	JÑF	19a	F	Dolor en FID hace 24 horas No vómitos leve fie- bre.	T 38°C. P 90/m. T 130/70 McBurney y Bloom- berg	NO	Apendicitis aguda.	Inc.Para- med.Apén- dice en- grosado con leves adheren- cias.Se - reseca y se invagi- na muñón.	Apendicitis aguda.  Apendicecto- mía.	Eter.	Febril durante 3 días, cedió con - antibióticos. Estancia: 9 días.
17320	TQ	27a	F	Tiene her- nia hace - 6 años.	T 37°C. P 80/m. T 130/70 Hernia In- guinal der reducible.	NO	Hernia In- guinal der	Inc. a la - der.Se repo- ne epiplón - a la cavidad y se repara hernia.	Hernia Ingui- nal der.  Cura de Her- nia.	Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 7 días.

REG	NOMB	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DEX.PREOP.	TECNICA	HALLAZGOS	DX.POSTOP.	OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
17401	VPL	39a	F	Pelota dolorosa en el ombligo hace 2 días	T 37.3°C. P 80/m. T 130/80 Hernia Umbilical no re- ducible y - sensible.	NO	Hernia Umbilical incarcerada.	Inc. Semilun- ar infraumb- ilical Incar- cerada. Saco hernia- rio con epi- plón viable, Cura de Her- se repone a cavidad.				Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.
23508	LO de Z.	F 33a		Para: 5005 Dolores de parto.	T 37°C. P 80/m. T 110/70 Embarazo a término en trabajo.	NO	Multipari- dad. Post-Partum	Inc. med.In fraumb.Se li- gan ambas - trompas según Pomeroy. Esteriliza- ción.				Eter.	Febril por 5 días y leve supuración de la herida operatoria Uso de antibióticos Estancia: 10 días.
14263	MHVN	24a	F	dolencia de intermitente en FID hace 2 años.	T 37°C. P 72/m; T 110/70 Leve sensi- bilidad en FID.	NO	Apendici- tis Cró- nica. vascularizado Se reseca y se invagina el muñón.	Inc. Paramed. der.Apéndice grande y muy Apendicecto- mía.				Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.

REG	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
30404	AMHG 16a F	Tiene hernia en el ombligo - hace 1 año	T 37.2°C. NO P 76/m. T 120/70 Hay hernia umbilical	Hernia Umbilical.	Inc. semilunar infraumb. Técnica de Mayo.	Hernia Umbilical. Cura de Hernia.	Local	Afebril con antibi- ticos. Estancia: 6 días.
23877	AVJ 21a F	Hace tres meses apendicitis aguda trata- da conserva doramente.	T 36.8°C. NO P 72/m. T 110/70 Abdomen negativo.	apendicitis Crónica.	Inc. paramed. Se reseca apéndice y se invagina muñón.	apendicitis Crónica. Apendicectomía.	Eter.	Afebril con antibi- ticos. Estancia: 7 días.
21106	FF 29a F	Para: 5025 Dolores de parto	T 37.2°C. NO P 80/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	Multiparidad. Post-Partum.	Inc. med. In- fraumb. Se li- gan ambas - trompas según la técnica de Pomeroy.	Multipari- dad Esteriliza- ción.	Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 7 días.

REG.	NOMB.	E	S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA	HALLAZGOS.	OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
17787	CGF	33a	F	Tiene dos pelotas grandes en las ingles.	T 37°C. P 76/m. T 130/70 Hernia Inguinal bilateral.	NO	Hernia Inguinal bilateral.	Inc. clásica la izquierda libera intestino y epiplón viable.	Hernia Inguinal bilateral.	Inc. clásica la izquierda libera intestino y epiplón viable.	Hernia Inguinal-Eter.	Febril por tres días con antibióticos. Estancia: 8 días.
23632	IR	27a	M	Padece de hernia hace 6 años	T 36.8°C. P 76/m. T 120/60 Hernia inguino-es-crotal der reducible.	NO	Hernia Inguino-Escrotal der.	Inc. Clásica Se repara her nia.	Hernia Inguino-Escrotal derecha.	Inc. Clásica Se repara her nia.	Hernia Inguinal-Eter.	Afebril con antibióticos. Edema testicular. Estancia: 9 días.
31500	MEP	39a	F	Para: 9126 Hemorragia vaginal ha ce 5 días. no dolores.	T 37.5°C. P 96/m. T 90/60 Embarazo de 38 semanas. No foco moderada hemorragia. Mal estado gene-ral.	NO	Placenta Previa. Multiparidad.	Inc. med. fraumb. rea clásica.	Inc. Placenta Previa. Cesárea via. Cesárea Clásica.	Inc. Placenta Previa. Cesárea via. Cesárea Clásica.	Placenta Pre-Eter.	Paciente en malas condiciones; trans-fusión de 500 cc. de sangre, febril, vómitos. TA 60; falleció en shock a las 12 horas.

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
21481	F de O 28a	F Para: 4004- Dolores de parto.	T 37°C. P 80/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.In- fraumb.Se li- gan ambas- trompas según Pomeroy. Esteriliza- ción.	Multipari- dad.	Eter.	Efebril sin el uso antibióticos. Estancia: 6 días.
29803	PCC 26a M	Adolece de hernia ha- ce 3 años.	T 36,9°C. P 76/m. T 110/70 Hernia In- guinal Izq.	NO	Hernia In- guinal Izq.	Inc. clásica a la izq.Se- repara hernia. Maniobra de Barker. Cura de Her- nia.	Hernia In- guinal Izq.	Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 7 días.
20703	JR 31a F de G.	Para: 6016 Dolores de parto	T 37°C. P 76/m. T 130/70 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.In- fraumb.Liga- dura de ambas trompas según Pomeroy. Esteriliza- ción.	Multipari- dad.	Eter.	Afebril con el uso antibióticos. Estancia: 7 días.

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
13507	CVC 34a F	Para: 8007 Dolores de parto	T 37.2°C. P 80/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multiparidad	Inc.med.In-fraumb.Ligadura de trompas según Pomeroy.	Multiparidad Esterilización.	Eter.	Febril con el uso de antibióticos por tres días. Estancia: 8 días.
19085	OM 23a F	Tiene una pelota en la ingle hace 1 año	T 37°C. P 72/m. T 110/70 Hernia Inguinal der reducible	NO	Hernia Inguinal der.	Inc.clásica se repone a cavidad y se repara hernia.	Hernia Inguinal derecha Cura de Hernia.	Eter.	Afebril con antibióticos. Estancia: 7 días.
12612	JF. 41a F de H.	Para: 14-2-0-9 Dolores de parto.	T 36.8°C. P 84/m. T 130/90 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multiparidad. Post-Partum.	Inc.med.In-fraumb.Se li gan ambas - trompas según la técnica de Pomeroy.	Multiparidad. Esterilización	Eter.	Afebril con antibióticos. Supuración de herida operatoria. Estancia: 12 días.

INSTITUTO CENTRAL  
 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
27804	EH.de 31a F G.	Para: 7115 Dolores de parto hace 10 horas.	T 36.5°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.  Post-Par- tum.	Inc.med.In- fraumb.Liga dura de ambas trompas se- gún Pomeroy.	Multipari- dad.  Esteriliza- ción.	Eter.  afebril con el u- so de antibióti- cos. Estancia: 8 días.
29231	AB. 26a M	Padece de hernia ha- ce 4 años.	T 37°C. P 72/m. T 120/70 Presenta hernia in- guinal izq. reducible.	NO	Hernia In- guinal izq	Inc.clási- ca, se dise- ca el sacc, se liga y se practica ma- niobra de - Barker.	Hernia In- guinal izq.  Cura de her- nia inguinal	Eter.  Al 2º día presen- tó edema testi- cular, que cedió en el post-ope- ratorio. Estancia; 9 días.
24086	GER 16a F	Dolor en e- pigastrio hace 24 ho- ras que se localiza en FID.hace 2 horas.	T 37.4°C. P 80/m. T 110/70 Sensibili- dad en FID Blcomberg más.	NO	apendici- aguda.	Inc.de Ja- laguier; apén- dice inflama- do, se reseca y se invagi- na el muñón.	apendicitis Eter. aguda.  apendicecto- mía.	afebril con el u- so de antibióti- cos. Estancia: 8 días.

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
19465	OG.de 38a F E.	Para: 8008 Dolores de parto hace 8 horas.	T 37.2°C. P 80/m. T 130/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.In- fraumb.Se ligan trom- pas y se re- seca apéndice.	Multiparidad.  Esteriliza- ción. Apendicecto- mía.	Eter.	Afebril con anti- bióticos.Disrup- ción de herida - operatoria. Estancia: 10 días
2422	AC. 19a F	Dolor en FID hace 20 horas, fiebre y vómitos.	T 38°C. P 84/m. T 110/60 McBurney y Blcom- berg.	NO	Apendicitis aguda.	Inc.de Mc- Burney, apén- dice infla- mado, se re- seca y se - invagina el muñón.	Apendicitis aguda.  Apendicecto- mía.	Eter.	Febril por tres días cedió con antibióticos. Estancia: 9 días
28193	MF de 19a F V.	Para: 0 Dolores de parto hace 3 días.	T 37.2°C. P 84/m. T 130/70 Primigesta con embarazo a término. TB. TD.Cabe- za a -2.	NO	Embarazo a término.  Estrechéz Pélvica.	Inc.med.In- fraumb.Se - practica ce- sárea clási- ca.Feto vivo	Estrechéz pélvica.  Cesárea Clá- sica.	Eter.	Afebril con el u de antibióticos. Estancia: 7 días

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA.	EX.FISICO. LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
984	JMM. 27a F	Para: 5005 Hemorragia vaginal ha ce 6 días. No dolores	T 37°C. P 80/m. T 110/70 Embarazo de 38 semanas Leve hemorragia vaginal.No - causa local de sangramiento.	NO Placenta Previa.	Inc.Med.Infraumb.para cesárea clásica.Feto vivo.Se ligan trompas según Pomeroy.	Placenta Previa.  Cesárea Clásica. Esterilización.	Eter.	Afebril con antibióticos. Estancia: 9 días.
382	BGG. 26a F	Para: 4004 Dolores de parto.	T 37°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO Multiparidad. Post-Partum	Inc.med.Infraumb.Se ligan ambas trompas según Pomeroy	Multiparidad.  Esterilización.	Eter.	Afebril sin el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.
267	AM. 36a.F	Para: 9048 Hemorragia vaginal ha ce 2 días. No dolores.	T 36.7°C. P 86/m. T 140/80 Embarazo de 36 semanas. Moderada hemorragia vaginal.	NO Placenta Previa.  Multiparidad	Inc.med.Infraumb.para cesárea clásica y ligan ambas trompas.	Placenta Previa.  Cesárea Clásica. Esterilización.	Eter.	Febril durante 4 días y supuración de la herida operatoria.Cedió con antibióticos. Estancia: 16 días

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	A EST.	EVOLUCION
6412	MF. 28a F	Para: 2001 Dolores de parto hace 3 días. Partos anteriores difíciles. El segundo nació muerto.	T 37.5°C. P 84/m. T 120/80 Prolongación del 2º período. Cef. a -2 Foco reg. TB. D: 8 cms	NO	Desproporción Cefalo Pélvica.	Inc.med.Infraumb.Se halla segmento muy adelgazado. Cesárea clásica.	Desproporción Cefalo-Pélvica. Cesárea Clásica.	Eter.	Evolución normal. No antibióticos. Estancia: 7 días.
69-64	MLV.34a F	Para: 4004 Dolores de parto hace 5 horas.	T 37°C. P 80/m. T 130/80 Embarazo a término.- Con várices en ambos m.inf. y vulvares.	NO	Multiparidad. Várices Post-Partum	Inc.med.Infraumb.Se ligan trompas según Pomeroy	Várices. Esterilización.	Local.	Afebril con antibióticos. Estancia: 7 días.
672-64	MR.29a F	Dolor abdominal y vómitos hace dos días. Leve fiebre.	T 37.5°C. P 76/m. T 120/60 Sensibilidad en FID.	Orina: Leucoc: 16.300	Apendicitis aguda.	Inc.Parameder.Apéndice inflamado con leves adherencias Se reseca y se invagina el muñón.	Apendicitis aguda. Apendicectomía.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 8 días.

REG.	NOMB. E S	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
26407	MCR 33a F	Para: 8027 Dolores de parto hace 6 horas.	T 37°C. P 76/m. T 130/80	NO	Multiparidad.	Inc.med.Infraumb.Se ligan trompas según técnica de Pomeroy modificada.	Multiparidad Eter. Esterilización		Afebril sin el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.
4673-64	GE 22a F	Dolor en hipogastrio hace dos días reglas normales.No relaciones.	T 37.4°C. P 80/m. T 120/70 Sensibilidad en FII tumcración de 3x4 cms poco dolorosa.Nulípara.	NO	Quiste del Ovario Izq	Inc. med.Infraumb.Se encuentra quiste del Ovario izq., se reseca y se peritoniza	Quiste del Ovario Izq. Laparotomía Exploradora. Ovariectomía Izquierda.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 9 días.
581-64	CS. 24a F	Para: 2002 Hemorragia vaginal hace 2 días. Dolor en hipogastrio - amenorrea - de 2 meses.	T 37.6°C. P 80/m. T 110/70 Sensibilidad abdominal,nc hemorragia. TV: dolor en f.de saco.	NO	Embarazo Ectópico.	Inc.med.Infraumb.Se halla embarazo en trompa der. y se extirpa.	Embarazo Ectópico der. Salpingectomía derecha.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 7 días.

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
22.678	A.C.R.38a F	Para: 10-1-3-8 Dolores de parto.	T 37°C. P 76/m. T 130/70 Embarazo a término	NO	Multipari- dad.	Inc.med.in- fraumb.Se li- gan trompas- según Pomeroy.	Multipari- dad.  Esterili- zación.	Eter.  Afebril con anti- bióticos.Disrup- ción de la herida muy obesa. Estancia: 12 días.
158-65	B.M.S.41a M	Hace 24 h. sufré he- rida por - arma de - fuego.Vó- mitos a- bundantes.	T 37.9°C. P 92/m T 80/50 Marcada - sensibili- dad, abdo- minal, su- dorcso. Orificio de entrada en área um- bilical.	NO	Herida penetran- te del Ab- domen.	Inc.med.su- pra e infraum- bilical.Hay sangre en ca- vidad.Se su- turan 3 per- foraciones - de colon y 2 del yeyuno.	Herida pene- trante del abdomen.  Laparotomía. Explorado- ra. Suturas in- testinales.	Eter.  Transfusión de san- gre de 500 cc. Febril, bien cubier- to con antibióti- cos T.a.siempre ba- ja.Falleció a las 48 h. Peritonitis severa.
C41-64	G.A. 17a F	Pelota en FID hace 3 meses, que crece pro- gresivamen- te.Nulípa- ra.	T 36.8°C. P 70/m. T 110/70 Pequeña tumora <sup>o</sup> n en FID, no dolorosa.	NO	Quiste O- vario der.	Inc.paramed. der.Se halla quiste del o- vario der. el cual se extir- pa.	Quiste ovario der.  Laparotomía Exploradora. Ovariecto- mía der.	Eter  Afebril con uso de antibióticos. Estancia: 8 días.

REG.	NOMB.	E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
583-64	MDG	28a F	Para: 8037 Dolores de parto.	T 37°C. P 76/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.in- fraumb.Se - ligan trom- pas según Po- meroy.	Multipari- dad.  Esterili- zación.	Local.  Afebril sin anti- bióticos. Estancia: 7 días.
827-65	M.H	29a F	Fiebre y dolor en FID hace 36 horas.	T 37.9°C. P 80/m. T 130/70 Signo del rebote más McBurney más.	NO	Apendici- tis aguda	Inc.de Mc- Burney;epen- dice inflama- do,Se reseca y se invagi- na el muñón.	Apendicitis aguda.  Apendicecto- mía.  Eter.	Febril por dos - días;cedió con - antibióticos. Estancia: 8 días.
1046-64	GM de H.	24a F	Para: 4004 Dolores de parto.	T 37°C. P 76/m. T 130/60 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.In- fraumb.Liga- dura de ambas trompas se- gún técnica de Pomeroy.	Multiparidad  Esteriliza- ción.  Eter.	Afebril con el u- so de antibióti- Estancia: 7 días.
526-65	JMC	48a M	Hace 10 a- ños tiene hernia.	T 37°C. P 74/m. T 130/90 Hernia in- guino-es- crotal izq.	NO	Hernia In- guino-Es- crotal iz- quierda.	Inc.clásica disección del saco y se re- para hernia.	Hernia In- guino-Es- crotal Izq  Cura de Her- nia.  Eter.	Afebril con anti- bióticos. Edema testicular Estancia: 9 días

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
6309-64	MG. 28a F	Para: 5025 Dolores de parto.	T 36.8°C. P 76/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multiparidad.  Post-Partum.	Inc.med.Infraumb.Ligadura de ambas trompas según técnica de Pomeroy modificada.	Multiparidad.  Esterilización.	Eter.	Afebril sin el uso de antibióticos Estancia: 6 días.
975-65	BEA 33a F	Para: 6016 Dolores de parto.	T 37°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a término.	NO	Multiparidad.  Post-Partum.	Inc.med.Infraumb.Se ligan ambas trompas según Pomeroy modificada.	Multiparidad.  Esterilización.	Eter.	Afebril sin el uso de antibióticos Estancia: 7 días.
1660-65	MS. 21a F	Para: 1001 Dolores de parto.Cesárea anterior.	T 37.1°C. P 76/m. T 120/80 Embarazo a término; cicatriz de cesárea anterior. TB. D: 3 cms.	NO	Cesárea anterior.	Inc.med.Infraumb.para cesárea baja transversal.	Cesárea Anterior.  Cesárea Baja transversal.	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos Estancia: 8 días.

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
4902-65	IAA. 37a.M	Padece de tumor en la ingle-izq. hace un año.	T 37.2°C. P 72/m. T 120/80 Hay hernia inguinal - izquierda reducible.	NO	Hernia inguinal Izq. Inc.clásica, se disecciona el saco y se repara para hernia.	Hernia Inguinal Izq. Cura de hernia.	Pentotal Sódico y Eter.	Evolución normal sin antibióticos Estancia: 7 días
2075-65	AA. 36a F	Para: 7026 Dolores de parto hace 3 días. Tiene la mano fetal en vagina hace 24 horas. Hemorragia severa.	T 37.6°C. P 96/m. T 100/50 Embarazo a término en transversa no foco; Severa hemorragia, prolapso de cordón. Hay ruptura de ambos f. de s.laterales.	Tipeo y Rh. Presentación Transversa abandonada. Ruptura Uterina.	Inc.med.Infraumb.Abundante sangre en cavidad. Hemorragia de uterinas izq.Ruptura de Utero en segmento inferior.Cesárea clásica y se extrae feto muerto. Se practica histerectomía sub-total.	Presentación transversa Abandonada. Ruptura Uterina. Cesárea-Histerectomía.	Eter.	Intervenida con 500 cc.de sangre y sueros ev. TA.progresivamente bajando, en el momento de cerrar piel, la paciente falleció en shock hemorrágico.
1905-65	RFCH.20a M	Padece de hernia hace 2 años.	T 36.8°C. P 70/m. T 120/70 Hay hernia inguinal - izquierda.	Orina: Hb:14.5 Ht:46	Hernia Inguinal Izq. Inc.de 8 cms. a la izquierda se disecciona el saco herniario y se repara hernia.	Hernia Inguinal Izquierda. Cura de Hernia.	Local	afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 5 días.

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	EMB.	DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
1642-65	GM.de 27a F CH.	Para: 4014 Dolores de parto hace 24 horas. dos horas antes le sale la <u>ma</u> no a la <u>va</u> -gina.	T 37.2°C. P 80/m. T 100/50 Embarazo a término en transversa. Foco reg.	NO	Presentación <u>trans</u> versa.	Inc.med.Infraumb.Se practica <u>Ce</u> sárea Baja transversal. Feto vivo.	Presentación transversa. Cesárea Baja transversal	Eter.	Afebril con el uso de antibióticos. Estancia: 8 días.
4037-64	EVM 31a F	Para: 4034 Dolores de parto hace 18 horas.	T 36.8°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a termino en transversa. TB.TD.Foco 110/m. Expulsión de meconio.	NO	Presentación <u>Trans</u> versa. Sufrimiento fetal.	Inc.med.Infraumb.Se practica <u>Ce</u> sárea baja transversal. Feto vivo.	Presentación transversa. Sufrimiento fetal. Cesárea baja transversal.	Eter.	Febril por tres días.Cedió con antibióticos. Estancia: 12 días
2047-65	ERde 25a F G.	Para: 6006 Dolores de parto.	T 37°C. P 80/m. Embarazo a término en trabajo de parto.	NO	Multiparidad.	Inc.med.Infraumb.Se <u>li</u> gan trompas según técnica de Pomeroy <u>mo</u> dificada.	Multiparidad. Esterilización.	Eter.	Afebril sin el uso de antibióticos. Estancia: 7 días

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION
2252-65	Ma. 28a F	Para: 4004 Dolores de parto.	T 36.8°C. P 80/m. T 130/70 Embarazo a término en trabajo de parto.	NO Multiparidad. Post-Partum.	Inc.med.Infraumb.Ligadura de ambas trompas según Pomeroy modificada.	Multiparidad. Esterilización.	Eter.	Afebril con antibióticos. Estancia: 9 días
155-65	FAB 7a M	Proceso febril de 3 días y dolor en FID.	T 38°C. P 76/m. Dolor en punto de McBurney.	Leucog: 17.250 tis aguda Orina:- Hb: 10Gs.	Apendicitis aguda Inc.de Ja-laguier, apendice inflamado, se reseca y se invagina el muñón.	Apendicitis aguda. Apendicectomía.	Eter.	Afebril con antibióticos; supuración de un tercio de la herida operatoria al quitar puntos. Adoleció en el servicio de otras enferm. Estancia: 60 días.
495-64	JLM 27a M	adolece de supuración por herida operatoria por herida penetrante del abdomen hace 3 sem.	T 37°C. P 72/m. T 120/70 Cicatriz operatoria. Expulsión de heces por fistula	Ht: 45 Hb: 138 Orina:- Fístula Intestinal Externa (yeyuno?)	Inc.Parameder. Se inicia disección.	Fístula Intestinal externa. Laparotomía exploradora	Pentotal só Eter.	Se preparó adecuadamente, con sangre, electrólitos, y antibióticos intestinales. Al inicio presentó depresión respiratoria que no respondió al O2 y tónicos cardio-respiratorios. Falleció por shock anestésico.

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP	TECNICA HALLAZGOS	DX.POSTOP. OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
4030-64	M.M. 28a F	Para: 6006 Dolores de parto.	T 37°C P 76/m T 120/70 Embarazo a término en trabajo.	NO	Multipari- dad.	Inc.med.In- fraumb. Se ligan trom- pas según - Pomeroy mo- dificada.	Multipari- dad.  Esteriliza- ción.	Local.  Afebril con anti- bióticos. Estancia: 8 días.
553-66	E.F.G.22a M.	ayer des- pués de e jercicio le aparece una pelora en el testí- culo dere- cho.	T 36.8°C P 72/m. T 120/70 Hayher- nia in- guino es- crotal - der.redu- cible.	Hb:13 Ht:42 Ori:-	Hernia in- guino-es- crotal - der.	Inc.de 9cms a la der.se diseca el - saco hernia- rio y se re- para la her- nia.	Hernia In- guino-escro- tal der.  Cura de her- nia.	Local.  Febril el 7°y 8° día por Gripe. Estancia: 12 días Uso de antibióti- cos.
1660-65	E.V. 23a F de C.	Para: 4004 Dolores de parto.	T 37°C. P 76/m. T 120/70 Embarazo a término en traba- jo.	NO	Multipa- ridad.	Inc.med.In- fraumb. Se ligan ambas trompas.Se gún Pomeroy. modificada.	Multiparidad.Eter.  Esterilización.	Afebril con anti- bióticos. Estancia: 8 días.

REG.	NOMB. E. S.	HISTORIA	EX.FISICO	LAB. DX.PREOP.	TECNICA HALLAZGOS.	DX.POSTOP OP.REALIZ.	ANEST.	EVOLUCION.
482-66	VRL 17a F	Hace 4 meses dolor en FID, hace 24 horas continuo, fiebre y vómitos. Reglas tipo: 30/3. Nu móvil, dolípara.	T 38.5°C. P 84/m. T 120/90 Tumoración en FID, de 8 x 10 cms blanca, móvil, dolorosa. TR: doloroso.	Oris: - Hb: 12 Ht: 38 Quiste Re-torcido - del ovario der.	Inc. paramed. der. Líquido ascítico en la cavidad, gran quiste lobulado, de 20x15 cms. - se punciona y se extrae 1 litro de líquido citrino. Se extirpa y peritoniza.	Quiste re-torcido del Ovario der.  Laparotomía exploradora.  Ovariectomía derecha.	Eter.	Afebril con antibióticos. Al quitar puntos supuración de un tercio de la herida, que cedió con curaciones. Estancia: 19 días.
5327-64	E.A. 31a F de D.	Para: 6016 Dolores de parto.	T 36.9°C. P 76/m. T 120/80 Embarazo a término en trabajo.	NO	Multiparidad.	Inc. med. fraumb. Se ligan trompas según Pomeroy modificado.	Multiparidad Local.  Esterilización.	Afebril con antibióticos. Estancia: 8 días.
197-64	BGR 37a F	Para: 6006 Dolores de parto	T 37.5°C. P 84/m. T 130/70 Embarazo a término en trabajo.	NO	Multiparidad.	Inc. med. infraumb. Se ligan trompas según técnica de Pomeroy modificada.	Multiparidad.  Esterilización.	Eter.  Afebril sin antibióticos. Estancia: 7 días.

IV. ANÁLISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS.

En la gráfica 1 se encuentra la frecuencia con que se practicaron las diferentes operaciones quirúrgicas en el Centro de Salud de San Francisco Gotera.

Como se aprecia el mayor número de operaciones corresponde a las Esterilizaciones con 23 casos, que corresponde al 29.11% del total de operaciones; todas fueron electivas; aunque en cuatro ocasiones se practicó Cesárea-esterilización, y en dos casos esterilización-apendicectomía, que dá un balance de 29 esterilizaciones - practicadas en este centro. En toda la técnica fue la de Pomeroy excepto en las últimas ocho que se usó la técnica de Pomeroy Modificada. Las dos apendicectomías fueron realizadas en el transcurso de la esterilización por encontrarse asequible el apéndice y ser de gran tamaño.

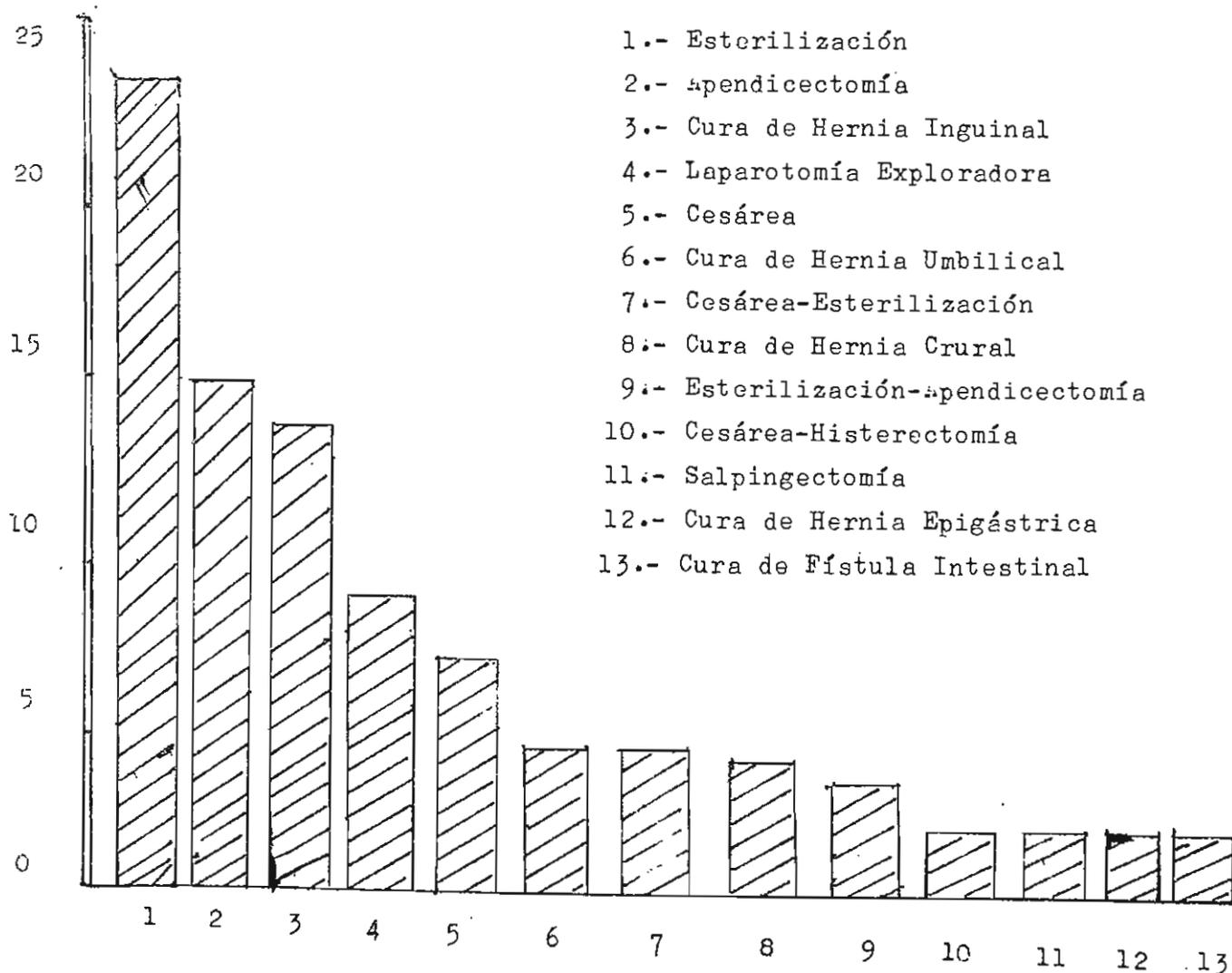
Las indicaciones para las esterilizaciones fueron en casi todos los casos la multiparidad, de 5 hijos ó más incluyendo el actual embarazo; en una paciente las várices vulvares enormes y en otra los trastornos mentales; todas las pacientes encontrábanse en la 3a y 4a década de la vida.

El segundo lugar en frecuencia corresponde a las apendicectomías, 14; con un 17.72%. De estas fueron practicadas 9 de urgencia por apendicitis aguda, y 5 selectivas por apendicitis crónica; de las agudas 7 del sexo femenino y 2 masculino; y de las crónicas todas en el sexo femenino. El paciente de menor edad fue de 7 años y el de mayor edad de 32 años en una apendicitis crónica. Las incisiones usadas fueron la pararrectal de Lennander en 8 casos, 3 de McBurney y 3 de Jalaguier. Existe predominio del sexo femenino, cosa que no ha sido reportado en grandes series, por lo que a mi juicio carece de valor este dato para poder generalizar en nuestro medio.

Un niño quien se le practicó apendicectomía tuvo una estancia de 60 días debido al hacinamiento del servicio de Pediatría, lo que dió lugar a que padeciera en el hospital de Gastroenteritis aguda, Sarampión, Varicela y Paludismo, prolongando así su estadía, aunque no por causas quirúrgicas. No se reportó ningún caso de mortalidad en todas las apendicectomías.

FRECUENCIA CON QUE SE PRACTICARON LAS DIFERENTES OPERACIONES QUIRURGICAS ABDOMINALES SELECTIVAS Y DE URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZAN. EL SALVADOR. (1953-1966).

G R A F I C A 1  
=====



Se practicaron 12 curas de hernia inguinal para un 15.18% del total; todas fueron electivas. De ellas 4 inguino-escrotales, 5 inguinales izquierdas y 3 derechas, todas catalogadas como hernias indirectas, por lo que su tratamiento se efectuó mediante la operación de Bassini modificada. Con respecto al sexo: 9 en el sexo masculino y 3 en el femenino. El paciente de menor edad fue de 20 años y el de mayor edad de 37 años.

Siguen en frecuencia las Laparotomías exploradoras, se practicaron 7 operaciones para un 8.86%. Cuatro casos fueron intervenidos por sospecha de Quiste del Ovario; en 3 el diagnóstico fue correcto, el otro caso resultó ser un tumor sólido del ovario derecho.

Dos fueron por heridas penetrantes del abdomen; una por arma de fuego y otra por arma corto-punzante; en ambas se encontraron heridas intestinales, de Ileon, yeyuno y colon que fueron saturadas en bolsa de tabaco con catgut crónico intestinal y seda intestinal.

El paciente herido por arma de fuego fue intervenido 36 horas después del accidente por no acudir rápido al hospital; en shock y con peritonitis severa falleció a las 48 horas de la operación. El otro paciente en el cual se practicó laparotomía exploradora presentaba un abdomen agudo por probable volvulos de 3 días de evolución, se encontró una marcada distensión intestinal pero ninguna lesión - pese a la minuciosa exploración; falleció 3 horas después pese a los esfuerzos médicos. Todos estos pacientes tuvieron dieta parenteral, antibióticos parenterales, succión nasogastrica continua, etc. hasta que se consideró que era necesario. La paciente de menor edad fue de 17 años y el de mayor edad de 42 años.

El quinto lugar en frecuencia corresponde a las cesáreas, 6 con 7.59%. Incluiremos también una cesárea-histerectomía y cuatro cesáreas esterilización para un total de 11 practicadas en este hospital. Las indicaciones fueron las siguientes: 5 por placenta previa, 1 por cesárea anterior, 1 por estrechez pélvica, 1 por desproporción céfalo-pélvica, 1 por desproporción céfalo-pélvica y 3 por presentación transversa, y sufrimiento fetal.

En 6 casos se empleó la técnica para la cesárea clásica y en las 5 últimas la cesárea baja transversal.

La paciente de la cesárea-histerectomía fue intervenida por presentación transversa abandonada y sospecha de ruptura uterina; se extrajo feto muerto, encontrando enormes hematomas de los ligamentos anchos, ruptura uterina con sangramiento profuso de las uterinas izquierdas. Se practicó histerectomía con hemostasia cuidadosa pues la paciente había perdido mucha sangre; desgraciadamente en el hospital se carece de sangre, y falleció por shock hemorrágico en el momento de cerrar piel. La paciente de menor edad tenía 17 años y la de mayor edad 36 años.

En cuatro pacientes se practicó cura de hernia umbilical, para un 5.06%, todas del sexo femenino; dos operaciones fueron electivas, y una se intervino por hernia incarcerationada, hallándose epiplón viable que se repuso a cavidad. El otro caso fue una paciente de 37 años - que adolecía de hernia umbilical desde hacía 6 años; dos días antes de la consulta sufre estrangulación; fué intervenida de urgencia, y se encontró intestino delgado (yeyuno) en el saco herniario que no respondió al calor, por lo que se practicó resección intestinal y - anastomosis termino-terminal; evolución bien, en ningún caso hubo - complicaciones.

También en el sexo femenino se practicaron 3 curas de hernia crural, todas por vía inguinal. Dos casos fueron electivos y el tercer caso fue por una hernia crural estrangulada; se operó de urgencia, encontrándose epiplón viable que se repuso a la cavidad. Fueron 3 casos para un 3.79% del total.

Además en un paciente masculino se practicó cura de hernia epigástrica, con traslape de aponeurosis, para un 1.26%. La frecuencia de todos los diferentes tipos de hernia es la siguiente:

Hernia inguinal indirecta .....	8 casos
Hernia inguino-escrotal .....	4 casos
Hernia umbilical .....	4 casos
Hernia crural .....	3 casos
Hernia epigástrica .....	1 caso.

En ambos sexos hay predominio de las izquierdas; igual frecuencia en hombres y mujeres, 10 casos en cada sexo; pero predominan las inguinales en el hombre y las crurales y umbilicales en la mujer.

En una paciente por sospecha de embarazo ectópico, que se comprobó en la operación se le practicó salpingectomía derecha, para un porcentaje de 1.26% del total de operaciones.

Un paciente del sexo masculino consultó al hospital porque - después de una laparotomía exploradora le quedó un agujero en la herida operatoria, por donde expulsaba material fétido; había sido herido con arma corto-punzante 3 semanas antes. Se hizo el diagnóstico de fistula intestinal (probablemente yeyuno), que drenaba al exterior heces y jugos intestinales. Se preparó debidamente y se - intervino; recién iniciada la operación presentó respiratoria y pa

ra cardiaco por probable shock anestésico; se practicó traqueotomía y se dió O<sub>2</sub> y tónicos cardio-respiratorios, pero todos los esfuerzos fueron inútiles. Anestesia usada fue pentotal sódico para inducción y eter abierto.

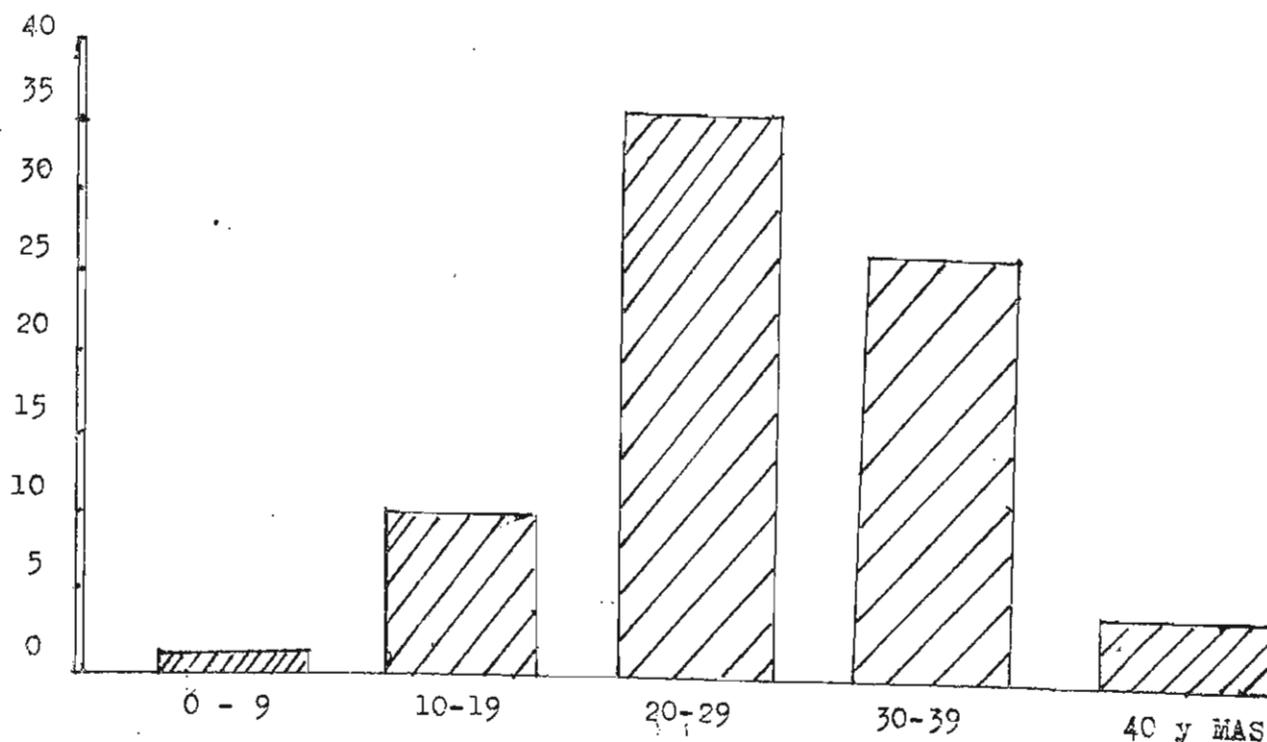
Se puede apreciar que el mayor número de pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica se encuentran en la 3a y 4a década de la vida, con casi 80% del total; luego predominan la 2a y 5a década.

En el cuadro 1 está ilustrada la frecuencia de operaciones según el sexo.

En la gráfica dos están representados los grupos estarios:

DISTRIBUCION DE 79 PACIENTES OPERADOS, SEGUN EDAD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZAN, EL SALVADOR. (1953-1966)

G R A F I C A 2



DISTRIBUCION DE 79 PACIENTES, SEGUN TIPO DE OPERACION QUIRURGICA Y SEXO, PRACTICADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTE-RA, MORAZAN, EL SALVADOR. (1953-1966).

C U A D R O 1  
-----

	Cura de hernia inguinal .....	9
	Laparotomía exploradora .....	3
MASCULINO	apendicectomía .....	2
	Cura de hernia epigástrica .....	1
	Cura de fístula intestinal .....	<u>1</u>
	T O T A L .....	16
	Esterilización .....	23
	Cesárea .....	6
	apendicectomía .....	12
	Laparotomía Exploradora .....	4
	Cura de hernia umbilical .....	4
FEMENINO	Cesárea-esterilización .....	4
	Cura de hernia inguinal .....	3
	Cura de hernia crural .....	3
	Esterilización-apendicectomía .....	2
	Salpingectomía .....	1
	Cesárea-histerectomía .....	<u>1</u>
	T O T A L .....	63

Hay un marcado predominio del sexo femenino, con 79.74% del total de operaciones; en el sexo masculino únicamente el 20.25%. Esto debido a que la mayoría de las intervenciones en el sexo femenino fueron practicadas en el campo ginecológico, 37 operaciones, que da un 58.73% de intervenciones ginecológicas.

En el cuadro 2 están clasificadas las intervenciones quirúrgicas según hallan sido catalogadas como electivas o de urgencia.

DISTRIBUCION DE 79 PACIENTES SEGUN TIPO DE OPERACION QUIRURGICA,  
PRACTICADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZAN,  
EL SALVADOR. (1953-1966).

C U A D R O 2  
=====

	Apendicectomía (por apendicitis aguda).....	9
	Laparatomía exploradora .....	7
DE URGENCIA	Cesárea .....	6
	Cesárea-esterilización .....	4
	Cura hernia umbilical estrangulada .....	1
	Cura hernia crural estrangulada .....	1
	Cesárea-histerectomía .....	1
	Salpingectomía .....	<u>1</u>
	T O T A L .....	31
	Esterilización .....	23
	Cura hernia inguinal .....	8
SELECTIVAS	Apendicectomía (por apendicitis crónica)...	5
	Cura hernia inguino-escrotal .....	4
	Esterilización-apendicectomía .....	2
	Cura hernia crural .....	2
	Cura hernia epigástrica .....	1
	Cura fístula intestinal externa .....	<u>1</u>
	T O T A L .....	48

Las operaciones de urgencia fueron 31, correspondiendo a un porcentaje de 39.24%; las electivas 48, para un 60.76%. Existe predominio de las intervenciones electivas, porque en muchos casos - de urgencia fue necesario remitirlos al hospital de San Miguel, - por carecer de equipo y material indispensable.

En el cuadro 3 se aprecia la evolución de la herida operatoria según su tratamiento con ó sin antibióticos.

EVOLUCION DE LA HERIDA OPERATORIA EN 79 PACIENTES INTERVENIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO COTERA, MORAZAN, EL SALVADOR.- (1953-1966).

C U A D R O 3

Con antibióticos:	No infectadas	48
	infectadas	4
Sin antibióticos:	No infectadas	20
	infectadas	3

Las que se consideraban potencialmente infectadas recibieron antibióticos;52 en total,de éstas únicamente 4 se infectaron;generalmente en operaciones de urgencia como cesáreas,laparotomías, etc. En muchas operaciones electivas no se usaron antibióticos, - 23 en total,habiendo obtenido tres infecciones únicamente.

Se puede afirmar que el uso de antibióticos no es indispensable en operaciones electivas y con buena asepsia del cirujano y del campo operatorio,así como un traumatismo quirúrgico mínimo.

Por otro lado generalmente toda intervención de urgencia lleva la recomendación del uso de antibióticos.

En el siguiente cuadro,el 4,se presentan las anestesia administradas durante las operaciones en este Centro de Salud.

DIFERENTES METODOS DE ANESTESIA USADA EN 79 PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO COTERA, MORAZAN, EL SALVADOR. (1953-1966)

C U A D R O 4

Eter abierto .....	65
Local .....	10
Inducción con Pentotal Sódico .....	4
<hr/>	
T O T A L .....	79

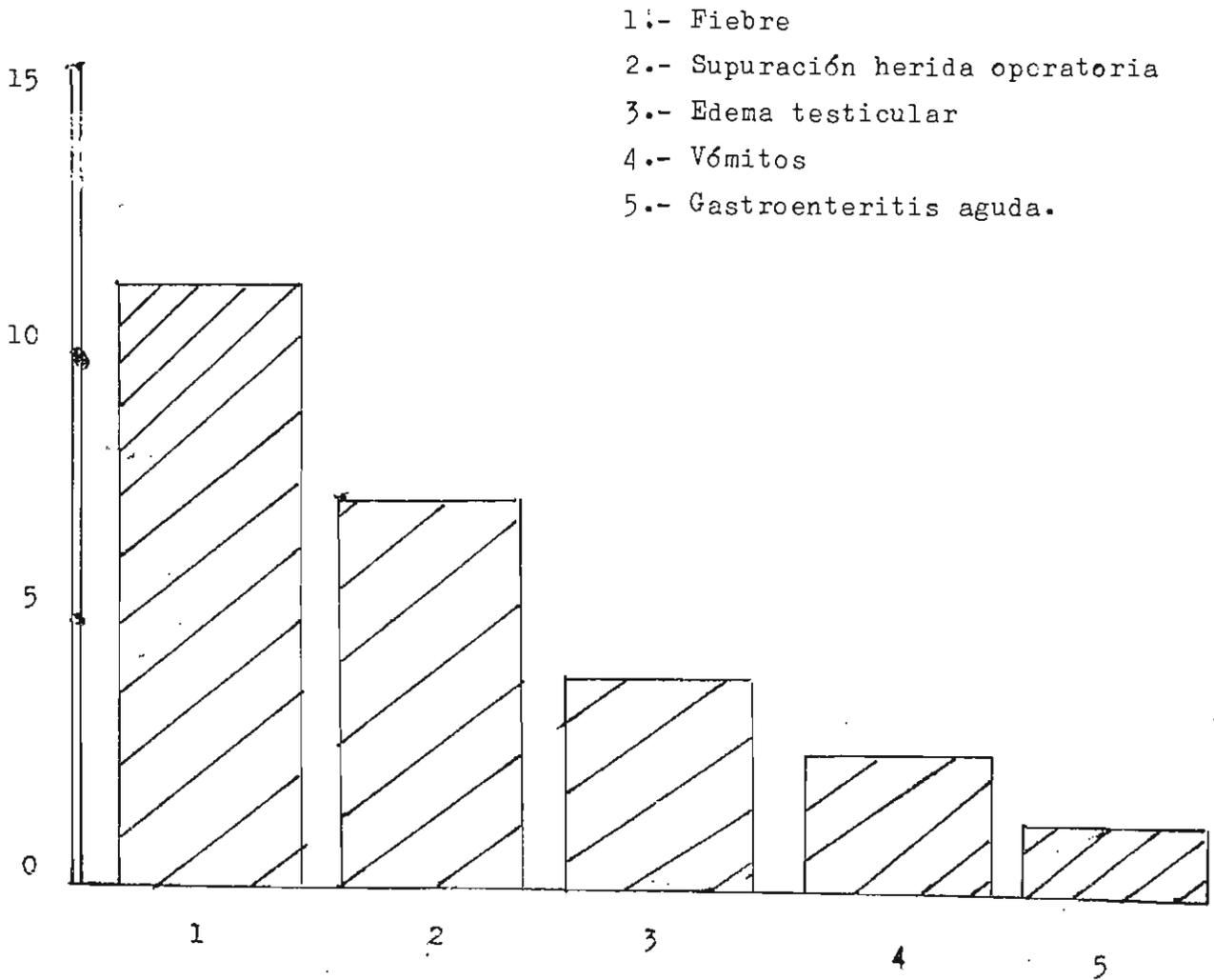
La anestesia generalmente usada fue éter abierto,en 65 casos, y otros 4 casos con previa inducción con pentotal sódico. Únicamente se observó un caso de shock anestésico en un paciente masculino inducido con pentotal sódico y eter abierto a continuación.Se practicaron 10 intervenciones con anestesia local,novocaína,en pequeñas hernias y en algunas esterilizaciones,por ser pacientes que lo

exigían o pedían para permitir ser intervenidas; aunque más laborioso para el cirujano, no se reportó ninguna complicación en el acto operatorio ni en el post-operatorio.

En la gráfica 3 se presenta la morbilidad.

MORBILIDAD EN 79 PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO COTERA, MORAZÁN, EL SALVADOR. (1953-1966).

G R A F I C A 3



La mayor morbilidad fue de 11 casos con fiebre; siendo considerada anormal la de  $38^{\circ}\text{C}$ ., ó más, durante más de 2 días en el post-operatorio; casi todas en intervenciones de urgencia, como las cesáreas, en que fue atribuida a infecciones urinarias y que cedió con tratamiento antibiótico en pocos días.

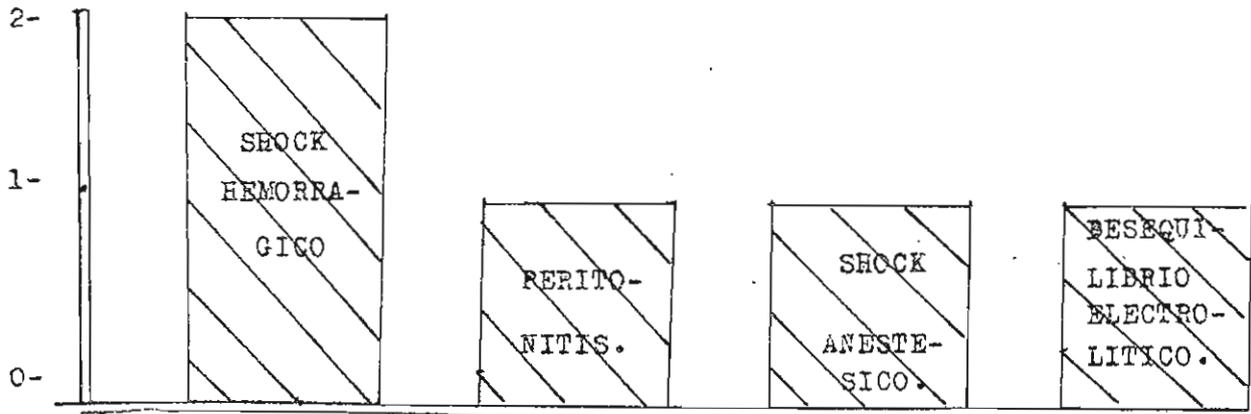
Se presentaron 7 casos de supuración de la herida operatoria, en todos en forma parcial, y que cedieron rápidamente con tratamiento local y antibióticos.

En curas de hernia-inguinal se reportaron 3 casos de edema testicular, que no ocasionaron ninguna prolongación de la estancia en el hospital. Dos casos de vómitos y un caso de gastroenteritis aguda.

La gráfica 4 ilustra la mortalidad.

MORTALIDAD OBSERVADA EN 79 PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZÁN, EL SALVADOR.  
(1953-1966)

G R A F I C A 4



Fueron 5 casos de muertes quirúrgicas los de la serie; 2 por shock hemorrágico; 1 en una paciente con profusa hemorragia por presentación transversa abandonada y ruptura uterina, en que se practicó cesárea-histerectomía y falleció al final de la intervención. El otro caso fue una paciente con placenta previa que tuvo varios episodios de hipotensión y falleció poco después de la cesárea.

Una muerte por peritonitis severa en un paciente que fue operado 36 horas después de una herida penetrante del abdomen por arma de fuego, falleció 48 horas después de laparotomía exploradora en la que se suturaron heridas intestinales.

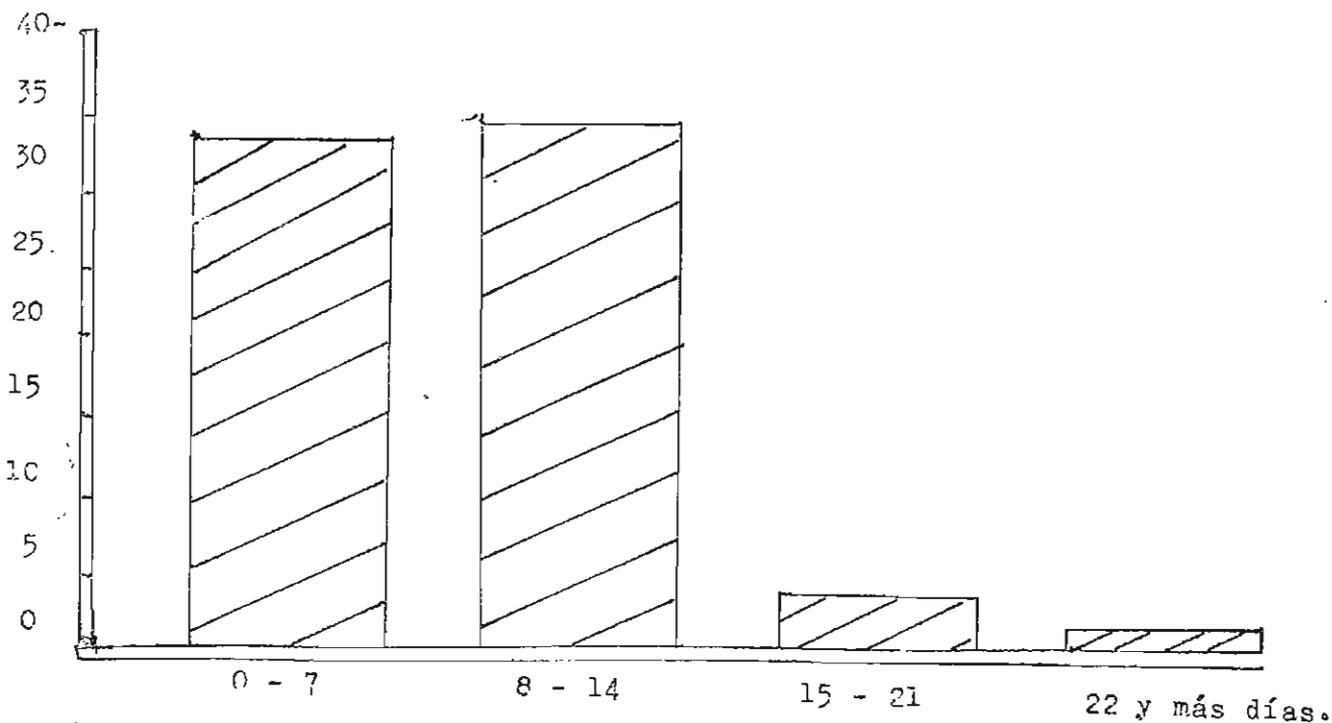
Un paciente con shock anestésico al inicio de la intervención, en el que se agotaron todos los medios posibles para revertirlo. Y por último un paciente con enorme distensión abdominal, no había verificado cámaras ni expulsado gases desde tres días antes, se exploró sin encontrar obstrucción, se trató de corregir sus electrolitos, pero no había manera de dosificarlos por carecer de material y equipo de laboratorio; falleció 3 horas después de ser intervenido.

En 79 operaciones practicadas en este Centro de Salud, con 5 muertes quirúrgicas, nos da una mortalidad total de 6.32%. Si tomamos en cuenta las operaciones de urgencia dicho número se nos eleva a 12.93% y de las electivas un 2.08%.

La gráfica 5 nos muestra la estancia en días en el hospital después de la intervención quirúrgica.

ESTANCIA HOSPITALARIA DE 79 PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO GOTERA, MORAZAN, EL SALVADOR.  
(1953-1966)

G R A F I C A 5



Como se observa en la gráfica 5 la mayor frecuencia de estadía en el hospital es de 0 a 7 días con 34 pacientes; y de 8 a 14 días con 35 pacientes. En este último grupo casi todos están comprendidos entre los 8 y 10 días, pues en muchos casos se ha dado el alta en la estancia normal de 7 días; pero por vivir lejos el paciente ó por esperar a que un familiar lo llegue a traer la estancia se ha prolongado en dos ó tres días más. En los otros grupos está incluido los que retrasaron su alta por complicaciones como supuración de la herida operatoria, etc.

Unicamente en seis casos se utilizó el pequeño laboratorio que existe en el hospital; en el diagnóstico de apendicitis aguda como ayuda para confirmar la impresión clínica, y en estudios de hemogramas en algunas operaciones selectivas.

La mayoría de los pacientes que consultan son en general anémicos, lo que constituye también un problema para las intervenciones, pues se carece absolutamente de sangre en el hospital; y las pocas transfusiones que se hacen es porque los familiares del paciente han comprado o conseguido la sangre.

En algunos casos se hizo estudio histo-patológico; pero me fue imposible obtener los resultados.

Esto trae consigo el hecho de que casi todos los cuadros clínicos contienen datos insuficientes, sobre todo en lo que se refiere al acto quirúrgico y a la evolución pos-operatoria.

RESUMEN

- 1) Se hace un análisis de 79 casos de cirugía abdominal, selectiva y de urgencia, que han sido atendidos en el Centro de Salud de San Francisco Gotera desde el mes de julio de 1958 hasta el mes de mayo de 1966.
- 2) Los casos presentados son fiel reflejo de la patología quirúrgica más frecuente en nuestro medio.
- 3) Todas las intervenciones han sido practicadas por Médicos en Servicio Social, de acuerdo a su preferencia por la rama quirúrgica de la Medicina.
- 4) Es notable la falta de personal médico y de enfermería, así como de medicamentos y equipo quirúrgico para el buen desarrollo de las labores del centro.
- 5) Se pone de manifiesto la falta de un laboratorio completo, un gabinete de radiología y un banco de sangre.
- 6) Hay un marcado predominio del sexo femenino en las intervenciones; con las cesáreas, apendicectomías y esterilizaciones; en el sexo masculino las curas de hernia y laparotomías exploratorias predominan.
- 7) El mayor porcentaje de pacientes fueron operados en la tercera y cuarta década de la vida.
- 8) Hay predominio de las intervenciones selectivas, particularmente en sexo femenino.
- 9) Como ha sido afirmado muchas veces; la buena asepsia del cirujano y del campo operatorio, así como el mínimo traumatismo quirúrgico es indispensable para evitar infecciones. En operaciones de urgencia la mayoría de las veces es necesario usar antibióticos de rutina.
- 10) Se presentó un accidente anestésico en todos los casos.
- 11) La morbilidad es bastante aceptable si tomamos en cuenta las condiciones de trabajo.
- 12) Mortalidad muy discutible, pues podría haber sido evitable con material y medicamentos a la mano, en algunos casos.

- 13) El 90% de la estancia hospitalaria post-operatoria se halla entre 6 y 10 días.
- 14) La rápida movilización de los pacientes evita estadías prolongadas en el hospital.
- 15) Es necesario un anestesista en todo Centro de Salud para la mejor atención quirúrgica.
- 16) Se ha encontrado la mayoría de los cuadros clínicos incompletos en especial en el aspecto quirúrgico; lo que dificulta enormemente estudios posteriores sobre cualquier tema.
- 17) Ha sido practicada muy poca cirugía en El Centro de Salud de San Francisco Gotera desde su fundación, en comperación con otros centros del país.

VI.-R E C O M E N D A C I O N E S .

- 1) Solicitar a las Autoridades de Salud Pública, una completa revisión del equipo y medicamentos con que se trabaja en los Centros de Salud de La República; para dotarlos adecuadamente y puedan así realizar una mejor labor en el aspecto quirúrgico, con lo que se lograría un poco de descongestionamiento de pacientes quirúrgicos de los hospitales departamentales.
- 2) Dotar a los Centros de Salud de personal Médico y de Enfermería suficiente, particularmente de aquellos que estén capacitados para realizar trabajo en el campo quirúrgico.
- 3) La Facultad de Medicina, y en especial el Departamento de Cirugía deben interesarse porque el estudiante de medicina obtenga una mejor preparación quirúrgica, permitiéndole practicar en abundancia operaciones de urgencia como cesáreas, apendicectomías, laparotomías, herniorrafias, etc., bajo la supervisión de un profesor.
- 4) Lograr que el estudiante en servicio social esté capacitado para enseñar o practicar los principales métodos de anestesia, para el mejor desarrollo de su trabajo quirúrgico; con la colaboración del Departamento de Anestesiología.
- 5) Proporcionar a los médicos en servicio social orientación y supervisión por parte de la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud.

VII.- REFERENCIAS

- 1.- Davis. CHRISTOPHER'S TEXBOOK OF SURGERY, Seventh Edition.W.  
M. Saunders Company, 1960.
- 2.- Eastman,N.J., OBSTETRICIA DE WILLIAMS, 3a Ed. En Español.  
U.T.E.F.A., 1960.
- 3.- J.L. Spivack, TECNICA QUIRURGICA DE LAS OPERACIONES ABDOMINA-  
LES, 2a Ed. en español. U.T.E.H.A., 1954.
- 4) T. G. Orr, OPERACIONES DE CIRUGIA GENERAL, 2a Ed. en español.  
U.T.E.H.A. 1956.
- 5) Dirección General de Estadística y Censos,Ministerio de Eco-  
nomía. TERCER CENSO NACIONAL DE POBLACION, 1961.
- 6) Interiano,Mario Francisco; CIRUGIA ABDOMINAL ELECTIVA Y DE  
URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA UNION. Tesis Doctoral,  
1965.
- 7) Rodríguez Ocampo,Oscar; EXPERIENCIAS QUIRURGICAS EN UN AÑO  
DE SERVICIO SOCIAL EN LA CIUDAD DE COJUTEPEQUE. Tesis Doc-  
toral, 1963.
- 8) Archivos del Centro de Salud de San Francisco Gotera.
- 9) Dirección General de Estadística y Censos,Ministerio de Eco-  
nomía. DICCIONARIO GEOGRAFICO DE LA REPUBLICA DE EL SALVA-  
DOR. 1959.